

Suvi Tolvanen

Palveluketjun toimivuuden tarkastelu päivystyksen ja terveysasemien välillä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Opinnäytetyö

01.11.2017

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Suvi Tolvanen Palveluketjun toimivuuden tarkastelu päivystyksen ja terveysasemien välillä 48 sivua 1.11.2017
Tutkinto	Sairaanhoidtaja, YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaaja(t)	lehtori Marjatta Komulainen osastonhoitaja Jaana Rautiainen
<p>Päivystyksiä on pitkään käytetty epätarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon lisäksi ei-kiireellisen hoidon paikkoina, ja vuonna 2015 astui voimaan Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohdista edellytyksistä. Asetuksen myötä kiireetöntä hoitoa tarvitsevia asiakkaita on aikaisempaa enemmän ohjattu päivystyksistä virka-ajan palveluihin terveysasemille.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää palveluketjun toimivuutta päivystyksen ja terveysasemien välillä asiakasnäkökulmasta, ja työn tilaajana toimi pääkaupunkiseudun päivystys. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa lähiesimiehille ja ylemmälle johdolle palvelujen kehittämistueksi. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi; millaisia asiakasryhmiä palveluohjataan eniten, sekä ottaako asiakas yhteyttä terveysasemalle palveluohjauksen jälkeen ja pystyvätkö terveysasemat vastaamaan päivystyksen ohjauksen mukaisella palvelulla.</p> <p>Kyseessä oli rekisteritutkimus, ja analysointimenetelmänä käytettiin sisällön analyysia. Tutkimusaineiston muodostivat päivystystoiminnassa syntynyt aineisto ja palveluohjauksen jälkeiset potilastietojärjestelmässä olevat potilasasiakirjamerkinnät. Päivystyskäynnin jälkeinen seuranta-aika oli 96 tuntia. Aineistoon kuului 106 palveluohjausta, ja tutkittu aineisto oli viikon ajalta syksyiltä 2016. Luokkien luomisapuna käytettiin päivystyksen ja terveysasemien yhteistä hoidontarpeen arvion ohjeistusta, ja tarpeen tullen muodostettiin uusia luokkia aineiston pohjalta.</p> <p>Viisi eniten päivystyksestä muihin terveysterveystarpeisiin palveluohjattua asiakasryhmää aineiston perusteella olivat raajojen vaivat, selkäkivut, rytmihäiriöt, yskä ja vatsakivut. Terveysasemille otettiin yhteyttä 37 kertaa (35 % tapauksista) päivystyksen palveluohjauksen jälkeen, ja terveysasemat pystyivät pääsääntöisesti vastaamaan päivystyksen ohjauksen mukaisella palvelulla. Terveysasemat vastasivat asiakkaiden palvelutarpeeseen akuutilla lääkärin vastaanotolla, hoitajan vastaanotolla, puolikiireellisellä lääkärin vastaanotolla sekä erityistieteiden tekijän vastaanotolla. Asiakkaiden terveydentilan ei havaittu vaarantuneen palveluohjauksen myötä.</p> <p>Rekisteritutkimus on eräs tapa selvittää palvelumuotoilun kannalta tärkeitä asiakkaiden palvelupolkuja. Palveluohjaamisessa tärkeää huomioitavaa on vuorovaikutus asiakasrajapinnassa, sekä palveluketjun toimivuudessa koko organisaation toimipisteiden tehokas toiminta. Tutkimuksen perusteella kehitysehdotuksena on hoidontarpeen arvion perehdytyksen lisästandardoiminen päivystyksessä ja mahdollisuuksien mukaan koko organisaatiossa, sekä päivystyksen ja terveysasemien verkostoyhteistyön kehittäminen.</p>	
Avainsanat	palveluketju, palveluohjaaminen, palvelumuotoilu, asiakaskeisyys, hoidontarpeen arvio

Author(s) Title Number of Pages Date	Suvi Tolvanen A Review of the Service Paths between Emergency Department and Health Care Centers 48 pages 1 November 2017
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree in Social and Healthcare Services
Specialisation option	Leadership in Social and Healthcare Services
Instructor(s)	Lecturer Marjatta Komulainen Ward Manager Jaana Rautiainen
<p>Emergency departments have long been used inappropriately for non-urgent care alongside with health care centers and therefore, in 2015, Ministry of Social and Healthcare decided on an enactment for principles for urgent care and prerequisites for specialty field of emergency care. Due to the enactment, more customers in the need of non-urgent care have been directed from emergency department to contact the health care centers during office hours.</p> <p>The objective of this final thesis was to clarify and observe the customer paths between emergency department and health care centers from customer point of view, and the topic was proposed by an emergency department in capital area in Finland. The objective was to generate additional information for senior management and leaders to assist in the development of services. There were two research questions; what kind of customer groups are service guided the most, and does the customer contact health care center afterwards and are the health care centers able to provide the service the emergency department has guided.</p> <p>This was a register-based study and content analysis was used as an analyzing method. Research material was accumulated in the daily operation of emergency department, in addition to the post-service guided markings in the patient information system. The follow-up time after the visit in emergency department was 96 hours. Data included 106 cases of service guidance, and was collected in one week in fall 2016. Health care centers and emergency department use a mutual guideline for the assessment of care needs, and the guideline was used to create categories according to data, and new categories were created if necessary.</p> <p>Five most common service guided customer groups were problems with limbs, back pains, arrhythmias, cough, and stomach pains. Health care centers were contacted 37 (35 %) times after the service guidance, and health care centers were mainly able to provide the service guided by the emergency department. Health care centers provided services of acute doctor's reception, nurse's reception, semi-urgent doctor's reception and specialized employee's reception. There were no findings that service guidance proposed any medical threats to the customers.</p> <p>Register-based research is one way to observe customer service paths, significant to service design. Important to notice is interaction in customer interface, and efficient operation of the whole service path. Based on the study, development proposal is to further standardize the orientation for the assessment of care needs in the emergency department, and if possible, in the whole organization. Also, the development of network cooperation between emergency department and health care centers is and will be significant.</p>	
Keywords	service path, service guidance, service design, customer focused, assessment of care needs

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen tavoitteet	2
2.1	Tutkimuskysymykset	2
3	Tutkimusasetelma	2
3.1	Aineiston keruu	2
3.2	Tutkimusmenetelmät	3
3.2.1	Ensimmäisen tutkimuskysymyksen analysointimenetelmä	4
3.2.2	Toisen tutkimuskysymyksen analysointimenetelmä	4
4	Tutkimuksen taustat	5
4.1	Käsitteiden määrittely	5
4.2	Päivystysasetus 2015	6
4.3	Aiemmat tutkimukset	7
4.4	Päivystyksen käytänteet	8
4.5	Liiketoimintastrategia ja toimintastrategia	9
4.6	Helsingin Kaupungin Strategia	10
5	Teoreettinen viitekehys	12
5.1	Virtaustehokkuus ja resurssitehokkuus	12
5.2	Resurssitehokkaan organisaation tehostumisen lähteet	14
5.3	Tehokkuusmatriisi perustuen Lean-johtamisfilosofiaan	15
5.4	Lean-johtamisfilosofia	17
5.5	Palvelumuotoilu	18
5.6	Henkilöstön johtaminen asiakaskeskeisyyteen	22
5.7	Vuorovaikutus asiakaspalvelussa	26
6	Tutkimustulokset	28
6.1	Yleistä tietoa aineistosta	28
6.2	Palveluohjattujen oireet kategorioittain	30
6.3	Palveluohjattujen saama ohjeistus ja palvelu	34
7	Pohdinta	37
7.1	Tulosten tarkastelu	37

7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	41
7.3	Tulosten hyödynnettävyys ja kehittämismahdollisuudet	43
	Lähteet	46

1 Johdanto

Päivystysten toiminta on muutoksen alla sekä resurssien että käytänteiden osalta. Päivystystoimintoja ja -asetuksia kehitetään ja uudistetaan valtakunnallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Päivystyksiä on pitkään käytetty epätarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon lisäksi ei-kiireellisen hoidon paikkoina. Tästä on seurannut päivystysten ruuhkautuminen ja potilasturvallisuuden heikentyminen kiireellisten potilaiden osalta. Työryhmä onkin määrittänyt päivystyshoidon perusteiden kansalliset kriteerit, jotta päivystykseen pääsy olisi yhdenvertaista ja hoito korkealaatuista (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4 Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet – Työryhmän raportti 2010: 11, 16-17.)

Vuoden 2015 alussa astui voimaan uusi päivystysasetus, jossa määritellään, että päivystys voi ohjata potilaan terveysaseman virka-ajan palveluihin, mikäli potilaan terveydentila ei tästä vaarannu (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 652/2013 § 8).

Muutosten myötä tutkimuksen yhteispäivystykseen on STM:n selvitykseen pohjautuen kehitetty yhdenvertaiset kriteerit hoitohenkilöstölle hoidontarpeen arvion tekemiseen (Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä 2015.) Näiden ohjeiden perusteella päivystyksestä ohjataan aikaisempaa enemmän asiakkaita kiireettömään hoitoon virka-ajan perusterveydenhuoltoon, jotta päivystyksen resurssi saadaan turvattua kiireellisille potilaille. Käytäntö on uusi, aiemmin päivystyksissä on tutkittu myös kiireettämiä potilaita (Kantola 2014: 74).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää palveluketjun sujuvuutta tarkastelemalla päivystyksestä palveluohjattujen asiakkaiden hoitotekstejä. Hoitotekstejä analysoimalla on tarkoitus tarkastella nykytilannetta ja palvelun saatavuutta asiakasnäkökulmasta, sekä tuottaa uutta tietoa lähiesimiehille ja ylemmälle johdolle palvelujen kehittämistueksi.

2 Tutkimuksen tavoitteet

Päivystyksen palveluohjaus on varsin uusi toimintamalli, ja vuoden 2015 päivystysasetuksen myötä päivystyksille tuli mahdolliseksi palveluohjata kiireetöntä hoitoa vaativa asiakas virka-ajan terveyspalveluihin. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa palveluketjun toimivuudesta päivystyksen ja terveysasemien välillä. Potilasdokumenttien perusteella tarkastellaan, millaisilla oireilla asiakkaita palveluohjataan päivystyksestä muihin terveyspalveluihin, sekä saako asiakas palvelua terveysasemalta. Tarkastelun kohteena on myös asiakkaisen terveyskäyttäytyminen, ottavatko asiakkaat yhteyttä päivystyksen ohjauksen jälkeen kaupungin terveyspalveluihin.

2.1 Tutkimuskysymykset

- ❖ Millaisia asiakasryhmiä palveluohjataan eniten?
- ❖ Ottaako asiakas yhteyttä terveysasemalle palveluohjauksen jälkeen (96 tunnin sisällä) ja pystyvätkö terveysasemat vastaamaan päivystyksen ohjauksen mukaisella palvelulla?

Tutkimusaihe saatiin päivystyksen esimiehiltä. Tutkimus on tärkeä, sillä aiempaa tutkimustietoa aiheesta ei ole. Aiemmassa tutkimuksessa jäi epäselväksi, mitä tapahtui päivystyksestä uudelleenohjatuille potilaille (Kantonen 2014:64).

3 Tutkimusasetelma

Kyseessä on rekisteritutkimus, joka pohjautuu päivystystoiminnassa syntyneeseen aineistoon. Analysointimenetelmänä on sisällön analyysi, ja tutkimuskysymyksiä on kaksi. Tutkimuskysymyksiin haetaan kahdella eri analysointitavalla vastauksia.

3.1 Aineiston keruu

Tutkimusaineiston muodostivat päivystystoiminnassa syntynyt aineisto ja palveluohjauksen jälkeiset potilastietojärjestelmässä olevat potilasasiakirjamerkinnät. Aineistoon kuului 106 palveluohjausta, ja tutkittu aineisto oli viikon ajalta syksyltä 2016. Valittiin viikko,

joka on tavanmukainen, toisin sanoen kyseisellä viikolla tai juuri sitä ennen tai sen jälkeen ei ole kansallisia vapaapäiviä. Kyseessä on rekisteritutkimus jo kerätyn aineiston pohjalta.

Hoitotieteessä rekisteritutkimukset ovat harvinaisempia, mutta niiden avulla tutkimusta voidaan tehdä monipuolisesti. Aineistona voidaan käyttää esimerkiksi terveystietojen seurantatietoja. Rekisterin käytön merkitys on tärkeä, sillä niissä tiedot ovat yksilökohtaisina. Yleensä rekisterillä tarkoitetaan jonkin ryhmän tai joukon kokonaan käsittävää tietoa-aineistoa tai tietokantaa. Rekisteritutkimuksien tuottamaa tietoa tarvitaan tutkimuksessa esimerkiksi päätöksenteon perusteeksi tai terveystarpeiden selvittämiseksi (Vehviläinen-Julkunen 2013:113, 235.)

3.2 Tutkimusmenetelmät

Analyysimenetelmillä saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa käsitellään tekstejä esimerkiksi sisällön analyysin kautta. Aineisto analysoidaan sisällön analyysin kautta, käyttäen osittain kategorioiden luomiseksi ammattihenkilöiden työvälinettä, Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä (2015) (Kananen 2014: 42.)

Sisällön analyysin tarkoitus on kuvailla ja määrittää ilmiötä objektiivisesti ja systemaattisesti. Sen avulla voidaan myös analysoida dokumentteja. Teksti koodataan, eli tiivistetään, jotta aineiston sisään voidaan nähdä. Koodaus on tekniikka, jolla aineistoa tiivistetään ymmärrettävään muotoon. Luokittelu on seuraava askel ja merkitsee samaa tarkoittavien asioiden tai käsitteiden yhdistämistä yhden käsitteen alle, eri käsitteiden yhdistämistä yhden käsitteen alle niin, että ne muodostavat loogisen kokonaisuuden. Käytännössä näin löydetään yhdistäviä tekijöitä koodatuille tekstisegmenteille. Koodausta ja luokittelua tehdessä pidetään mielessä tutkimuskysymykset, jotta päästään kohti ratkaisua (Elo, Kyngäs 2007: 108; Kananen 2014: 103-114.)

Tarpeelliset tiedot potilasdokumenteista siirrettiin excel-taulukkoon, joka toimi koodauksena. Taulukossa oli otsikoituna käyntipäivä, vuorokaudenaika, ikä ja sukupuoli. Muut otsikot olivat syy käyntiin, mitä päivystyksestä ohjattiin, ottiko yhteyttä kaupungin palveluihin (96h sisällä), missä ajassa otti kaupungin palveluun yhteyttä, miten palveltiin ja milloin sai määritetyn palvelun. Asiakirjat numeroitiin, jotta tietoja voitiin tarvittaessa tarkistaa jälkikäteen. Tiedot syötettiin yksitellen taulukkoon, jokainen yhteydenotto omalle

rivilleen. Tämän jälkeen aloitettiin koodin luokittelu ryhmiin. Koko analysointivaiheessa pidettiin tutkimuskysymykset mielessä ja etsittiin niihin ratkaisua.

3.2.1 Ensimmäisen tutkimuskysymyksen analysointimenetelmä

Sisällön analyysin kautta tutkitaan, millaisia asiakasryhmiä palveluohjataan eniten. Tarkastellaan aineistosta asiakkaan oiretta ja verrataan työkaluun Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä. Näin olleen saadaan maksimissaan 31 kategoriaa (esim. yskä, päänsärky, huimaus, silmät...) joihin aineisto lajitellaan kategorioiden esiintyvyyden mukaan. Lisäksi luodaan kategoria ”Oire ei esiinny työkalussa” tapauksia varten, joissa asiakkaan oire tai tarve ei ole työkalussa mainittuna. Eritellään yleisellä tasolla, millainen oire/tarve on kyseessä (esim. sosiaalinen, rokotus-asia...).

3.2.2 Toisen tutkimuskysymyksen analysointimenetelmä

Jotta saadaan selvitettyä terveysaseman kyky vastata päivystyksen ohjauksen mukaisella palvelulla, tutkitaan päivystyksestä saatuja ohjeita ja verrataan niitä terveysaseman kontakteihin. Tehdään sisällön analyysi asiakkaan palveluketjusta, lähtien päivystysohjeistuksista, päättyen terveysaseman kontaktiin ja tarjontaan. Luodaan 2 kategoriaa päivystyksen ohjeistukseen liittyen, ”ohjataan terveysasemalle/työterveyshuoltoon” sekä ”seuraa kotona”. Lisäkategorioiden muodostetaan tarpeen mukaan, mikäli aineistosta ilmenee muita ohjeistuksia. Luodaan 5 kategoriaa terveysasemien palvelutarjontaa ajatellen, 4 perustuen työkaluun (akuutti lääkärin aika, puolikiireellinen aika (1-3 vrk), kiireetön aika tai hoitajan vastaanottoaika), ja lisäksi luodaan lisäkattegoria ”ei ottanut yhteyttä terveysasemalle” tapauksia varten, joissa asiakas ei ole ollut kirjausten mukaan yhteydessä terveysasemaan, vaikka päivystyksestä on ohjeistettu. Tarpeen mukaan luodaan lisäkattegorioita, mikäli aineistosta ilmenee uusia vaihtoehtoja.

Potilastietojärjestelmän kautta tutkitaan ottavatko rekisterin asiakkaat yhteyttä terveysasemalle seuraavan 96 tunnin kuluessa päivystyskäynnistä ja vastaavatko terveysaseman tarjoamat palvelut päivystyksen ohjauksen mukaisia linjoja. 96 tunnin seuranta-aika on valittu koska puolikiireellinen aika on 1-3 vuorokautta, ja usein asiakas ottaa vasta seuraavana päivänä päivystyskäynnin jälkeen yhteyttä terveysasemalle. Aikamääräksi

on valittu 96 tuntia myös ajatellen viikonloppua, mikäli asiakas ottaa päivystykseen yhteyttä perjantaina, huomioidaan, että yhteydenotto terveysasemalle tapahtuu vasta maanantaina.

4 Tutkimuksen taustat

Palveluketjun muokkaantumiseen vaikuttavat monet tekijät. Laki antaa lähtökohdat, mihin suuntaan toimintaa ja palveluketjua lähdetään työstämään. Lakien perusteella, kokonaisuutta katsoen ja asiakkaita kuunnellen organisaatio määrittää strategian, joka ohjaa toimintaa kohti tavoitteita (Välikangas 2007: 23). Tässä kappaleessa määritellään tutkimuksen kannalta tärkeitä käsitteitä, lakivelvoitteita, kaupungin strategiaa, sekä aiempia tutkimuksia. Lisäksi käydään läpi päivystyksen toiminnan kannalta keskeisiä käytänteitä.

4.1 Käsitteiden määrittely

ICPC-2-luokittelu on hoitajien teksteihin kirjaama tulosityluokittelu.

Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä on hoidontarpeen toimintaohje, joka koskee sekä terveysasemia että päivystystä. Siinä määritellään eri sairauksista johtuvia oireita, jotka vaativat lääkärin vastaanottoa tai hoitajan vastaanottoa. Lisäksi määritellään missä ajassa lääkäriin tai hoitajalle on päästävä oireen vaikeusasteen mukaisesti, vuorokausien tarkkuudella.

Triage tarkoittaa hoidontarpeen arvion tekemistä potilaan päivystykseen tullessa. Yleisimmin Suomessa käytetty triagejärjestelmä on ABCDE-triage (Kantonen 2014: 25). Myös kyseisessä päivystyksessä on käytössä ABCDE-triage, jota on muokattu yksikön tarpeisiin sopivaksi työryhmän toimesta. Triagen tarkoitus on luokitella potilaat kiireellisyysjärjestykseen tulossyn, klinisten oireiden sekä vitaalielintoimintojen perusteella. A-D kiireellisyydet ovat päivystyksellisesti hoidettavia potilaita, E-ryhmä voidaan palveluohjata olemaan terveysasemaan yhteydessä virka-aikaan. Kyseisen yksikön hoidontarpeen arvio ei ota kantaa potilaan resurssivaatimukseen muutoin kuin mihin hoitolinjaan potilas ohjataan yhteispäivystyksen sisällä. Hoidontarpeen arviossa kyseisessä päivystyksessä työskentelee sairaanhoitajia, terveydenhoitajia sekä ensihoitajia, ja epäselvissä

asiakastapauksissa konsultoidaan lääkäreitä. Triagen tarkoitus on edistää potilasturvallisuutta havaitsemalla korkean riskin potilaat nopeasti ja aloittamalla hoitotoimenpiteet mahdollisimman pian.

4.2 Päivystysasetus 2015

Päivystysasetus astui voimaan sosiaali- ja terveysministeriön toimesta 1.1.2015.

Asetuksessa säädetään päivystyksen järjestämisen edellytyksistä niillä erikoisaloilla, joissa potilaiden yhdenvertaisuus, potilasturvallisuus ja päivystyspalvelujen laatu vaativat erityisiä järjestelyjä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 652/2013 §1).

Ennen päivystysasetuksen voimaantuloa ei ollut olemassa valtakunnallista määrittelyä kiireelliselle hoidolle (Kantonen 2014: 18). Uudessa päivystysasetuksessa määritellään selkeästi, että kiireettömän hoidon voi siirtää virka-aikana terveystasemalle, mikäli on lääketieteellisesti arvioitu, että potilaan terveydentila ei tästä vaarannu (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 652/2013 § 8). Uudesta asetuksesta seuraa triagen käyttötarkoituksen laajeneminen. Aiemmin triage on toiminut kiireellisyyden määrittelynä yksikön sisällä, nykyisin sitä käytetään myös havaitsemaan E-ryhmän potilaat, jotka voidaan ohjata päivystyksestä perusterveydenhuoltoon (Kantonen 2014: 24).

Päivystysasetuksessa säädetään, että päivystysyksikössä tulee olla moniammatillinen henkilökunta, jolla on riittävä työkokemus ja koulutus. Lisäksi sillä tulee olla tarpeelliset kuvantamis- ja laboratoriopalvelut, päivystyksen on otettava huomioon häiriö- ja ruuhkatilanteet sekä ohjeistettava potilaat jatkohoidon suhteen. Kunnan vastuulla on myös tiedottaa väestölle, kuinka toimia hätätilanteissa, mihin ottaa yhteyttä ja mistä tarvittavat palvelut ovat saatavilla. On myös järjestettävä kiireellisen hoidon ammattitaitoinen neuvonta, joka toimii ympärivuorokautisesti (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 652/2013 §3, § 5, § 6, §7, § 9.)

4.3 Aiemmat tutkimukset

Suomessa on tehty verrattain vähän, jos lainkaan, tutkimuksia triagen vaikuttavuudesta asiakasmääriin uuden päivystysasetuksen astuttua voimaan. Suomalaista terveyskeskusta ja yhteispäivystystä vastaavaa mallia ei ole muualla käytössä, joten kansainvälisiin tutkimuksiin ei voi tehdä suoraa vertailua (Kantonen 2014: 63). Näin ollen kirjallisuudessa on keskitytty lähinnä Suomessa tehtyihin tutkimuksiin.

Väitöskirjassaan Kantonen on tehnyt tutkimusta ABCDE-triagen käytöstä pääkaupunkiseudulla; Vantaalla ja Espoossa. Tutkimustulosten mukaan tiukkaa ABCDE-triagea käytettäessä päivystysten potilasmäärä väheni selvimmin, ja samalla odotusajat lääkärille lyhenivät. Triagen käyttöönotto lisäsi hoitajien työn määrää samalla kun lääkäri työ väheni. Päiväaikaiset terveyskeskuskäynnit eivät määrällisesti lisääntyneet, mutta yksityisten yleislääkärien käynnit lisääntyivät. Lisäksi puhelinkonsultaatioiden määrä lisääntyi, kun terveysneuvontapalvelut otettiin käyttöön. Tutkimuksessa ei käynyt ilmi, mitä tapahtui E-triagen saaneille potilaille, jotka ohjattiin terveyskeskuspäivystyksestä kiireettömään hoitoon, tai kuinka paljon päivystyksen ja lehdistön viestinnällä oli vaikutusta käyntimäärien vähenemiseen. Henkilökunnalle perehdytetyt yhtenäiset ohjeet ovat auttaneet helpottamaan ja yhdenmukaistamaan käytäntöjä tutkimuksen piiriin kuuluneissa päivystyksissä. Ruuhkien väheneminen ja potilaiden nopeampi pääsy hoitoon vähentäisi potilaan turvallisuusriskiä, sillä hoidon kiireellisyyden arvio vaikuttaa selvästi potilaan ennusteeseen. Lisäksi aiempien tutkimusten mukaan potilaiden läpimenoa nopeuttaa hoitajien tekemät kuvantamislähetteet sekä tiimi- triage jossa lääkäri on mukana (Kantola 2014: 63-67.)

Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta on tutkittu asiakkaita haastatteleamalla (Raivio – Holmberg-Marttila – Mattila 2015) mutta tutkimuksia palveluketjun toimivuudesta päivystyksen ja terveysasemien välillä ei ole tehty. Helsingissä yhteisvastuullisessa päivystyksessä on tutkittu lääkärin akuuttivastaanotolla käyneiden asiakkaiden hoidon tarvetta. Lääkärin akuuttivastaanotoilla käyneistä 32 prosentilla oireiden arvioitiin kuuluvan E-ryhmän triageen, jolloin nämä asiakkaat olisivat voineet odottaa ainakin seuraavaan päivään (Torppa – Kokkonen – Raumavirta-Koivisto – Iivanainen – Pitkälä 2009.)

4.4 Päivystyksen käytänteet

ABCDE-triagen päivitetty ohjeet otettiin käyttöön vuonna 2014. Triageluokituksessa A- ja B-potilaat on kiireellisimpiä ja välittömässä hengenvaarassa, E vähiten kiireellisin, tarkoittaen potilasta, jolle riittää hoitajavastaanotto. Virka- tai yöaikana päivystyksessä ei pääsääntöisesti hoideta lainkaan E-ryhmän potilaita, sillä päivystyksessä ei toimi hoitajavastaanottoa kyseisinä aikoina. Hoitajavastaanotto on integroitu terveyskeskuspäivystyksen yhteyteen ja on toiminnassa arkisin klo 16-22, ja viikonloppuisin sekä pyhinä klo 8-22. Päivystyksessä työskentelee joka vuorossa vähintään yksi ammattihenkilö tekevässä hoidontarpeen arviota, ruuhka-aikoina jopa maksimi tilankäytöllisesti, mikä tarkoittaa kolmea ammattihenkilöä. Triageohjeet ovat päivystyksen sisäiset ohjeet.

Toisena ohjeena hoidontarpeen arviosta ovat Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä, jotka toimivat yhtenäisinä ohjeina koko organisaatiolle, mukaan lukien terveysasemat. Uuden ohjeistuksen myötä terveysasemille on otettu käyttöön kiireettömien ja akuuttiaikojen lisäksi puolikiireelliset lääkärin vastaanotot, jolloin odotusaika on 1-3 päivää. Kaikki organisaation toimijat ovat sitoutuneita noudattamaan ohjeita. Mikäli ei-päivystyksellistä hoitoa vaativa asiakas ottaa terveysaseman sijaan yhteyttä päivystykseen, päivystyksestä ohjataan olemaan yhteydessä terveysasemaan joko antamalla yhteydenotonnumero tai varaamalla soittoaika terveysaseman hoitajalle (Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä 2015: 10.) Hoidontarpeen arvio perusterveydenhuollossa on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun asiakas on ottanut yhteyttä terveysasemaan mikäli arviota ei ole ollut mahdollista tehdä jo ensimmäisen yhteydenoton aikana (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 §51).

Päivystyksen nopean linjan kiireellisimmät ajat ovat yleensä iltaisin ja viikonloppuisin terveyskeskuspäivystyksen ollessa auki. Tällöin hyvin tärkeässä roolissa ovat ammattitaitoiset ja nopeat hoidontarpeen arvion suorittajat. Monesti käytännön kannalta tällöin on nopeampi laittaa potilas hoitajan vastaanotolle arvioon kuin palveluohjata ilmoittautumisessa. Välillä palveluohjauksen ja hoitajan vastaanoton raja onkin häilyvä hoidontarpeen arviossa. Mikäli palveluohjauksia suoritetaan ruuhka-aikoina ilmoittautumisessa, saattaa jono hoidontarpeen arvioon kasvaa nopeasti ja riskinä on potilasturvallisuuden vaarantuminen.

Muutosvaiheen paineet kuormittavat hoidontarpeen arviota tekevää henkilökuntaa. Lisäksi henkilöstöresurssia täytyy arvioida muutoksen myötä, sillä usein asiakkaan palveluohjaaminen virka-ajan palveluihin vaatii huomattavasti enemmän aikaa kuin kirjaaminen lääkärin vastaanotolle. Lisäksi ammattihenkilöiden tulee olla riittävän kokeneita tekemään arviota, ja siitä huolimatta kokeneetkin hoitajat väsyvät triagessa nopeasti ja se voi vaikuttaa yhteisistä säännöistä kiinni pitämiseen (Seppänen 2013: 1320.)

Päivystyksessä käytyjen keskusteluiden perusteella ammattihenkilöt kokevat hoidontarpeen arvion pääsääntöisesti haastavimmaksi toimipisteeksi. Viime aikoina henkilökuntaa on pyritty aiempaa enemmän kouluttamaan hoidontarpeen arvion tekemiseen, sekä palveluketjun selventämiseen. Kuitenkin toiminnassa tapahtuu muutoksia nopealla tahdilla, joten koulutustarve on jatkuvaa. Vuorovaikutustilanteet asiakkaan kanssa ovat myös usein haastavia, syynä saattaa olla se, että asiakkaat eivät ole tottuneet palveluohjaukseen, etenkin päivystyksen toimesta. Monesti myös palveluiden saatetaan kokea olevan pirstaloituneita.

Päivystys on antanut asiakaslupauksen ”Päivystykseen voit luottaa” ja vuonna 2014 lupaus sisällytettiin väestölle suunnattuun kiireellisen hoidon kriteerien tiedotuksen yhteyteen (Laiho 2013: 53).

4.5 Liiketoimintastrategia ja toimintastrategia

Organisaatioilla ja yrityksillä on erilaisia strategioita, jotka määrittävä mihin suuntaan organisaatiota ollaan johtamassa. Liiketoimintastrategia määrittää mitä asiakastarpeita organisaatio täyttää, kun taas toimintastrategia määrittää, miten organisaatio täyttää kyseiset asiakastarpeet (Modig – Åhlström 2013: 108.)

Liiketoimintastrategia määrittää mitä arvoa asiakkaalle tarjotaan, toisin sanoen, mitä arvoa asiakas saa palvelun käyttämisestä. Voidaan päättää keskittyä joko laatuun tai kustannuksiin. Laadulla voidaan tarkoittaa useita eri asioita, kuten parempaa kokemusta, nopeampaa palvelua, tai runsaampia tuotevalikoimia. Laatu on kaikkea sitä, minkä asiakas kokee tarpeita täyttäväksi. Laadun ja kustannuksen välillä on ristiriita eli valintatilanne, molempia ei ole täysin mahdollista saada (Modig – Åhlström 2013: 108–109.)

Yksi strategian vaativimmista haasteista onkin kilpailuedun valinta. Aitoa kilpailuetua voidaan saada ulkoisesta imagosta, brändistä, tuotteiden laadusta, palvelujen johdonmukaisesta luotettavuudesta, vastaamalla yksilöllisiin asiakastarpeisiin, sekä tietenkin hintaedun kautta. Strategisen ajattelun haasteeksi jää määrittää kokonaisuus, jolla erotutaan ja jolla kilpailu voitetaan (Santalainen 2008: 96-97.)

Toimintastrategia määrittää miten liiketoimintastrategiaa toteutetaan. Kaikilla organisaatioilla on toimintastrategia, olipa se laadittu tietoisesti tai ei. Toimintastrategialla vastataan kysymykseen: Miten tuotamme arvoa? Tätä varten täytyy olla määriteltynä, millaisia tarpeita organisaation on tarkoitus täyttää, ja ketkä kuuluvat kohderyhmään. Toimintastrategian pohjalta laaditaan operatiiviset tavoitteet. Virtaustehokkuus ja resurssitehokkuus ovat operatiivisia tavoitteita, näihin paneudutaan tarkemmin teoreettisessa viitekehksessä (Modig – Åhlström 2013: 109.)

4.6 Helsingin Kaupungin Strategia

Helsingin Kaupungin kaupunkistrategiana vuosille 2017-2021 on kehittyä maailman toimivimmaksi kaupungiksi. Kaupungin strategisena tavoitteena on tehdä kaikki jatkuvasti hieman paremmin, ja perustehtävänä on järjestää asukkaille laadukkaita palveluja. Asukas- ja käyttäjälähtöisyyden kannalta huomioidaan tarvittavan tuen ja palveluiden mahdollisuus kaikissa elämän vaiheissa (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021.)

Kulttuuri on avoin, osallistava ja omintakeinen, luoden koko ajan jotakin uutta ja odottamatonta. Nämä ominaisuudet yhdistettynä kaupungin toimivuuteen ja luotettavuuteen avaavat mahdollisuuksia uusien ratkaisujen hakemiseen globaaleihin haasteisiin. Helsinki on samaa aikaan luotettava ja luova, sekä spontaani ja järjestäytynyt. Koko kaupunkia kehitetään kokeilun ja uutta luovan elinkeinotoiminnan alustana. Kaupunki kehittää jatkuvasti toimintamallejaan, ja uusiutuu ketterästi taatakseen palvelulupausten lunastamisen. Helsinki nopeuttaa omaa päätöksentekoa ennakointi- ja reagointikykyään keventäen byrokratiaa ja tehostaen päätöksentekomalleja ja palveluprosesseja (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021.)

Kaupunki on palvelutehtävässä, ja tyytyväiset asukkaat ja asiakkaat lisäävät kaupungin henkilöstön tyytyväisyyttä. Asukas- ja käyttäjätyytyväisyys on tärkeimpiä toiminnan

tuloksellisuuden mittareita. Helsingin Kaupungin on lisäksi tarkoitus olla maailman parhaiten digitaalisuutta hyödyntävä kaupunki, ja sen avulla on tarkoitus lisätä avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. Toimintaympäristön muutoksessa ja palveluntarjoajien lisääntyessä organisaationrakennetta tarkastellaan, jotta varmistetaan kaupungin toimintojen ja palveluiden kokonaisuuksien olevan järjestetty tarkoituksenmukaisesti (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021.)

Tuoreen organisaatiomuutoksen tavoitteena on erityisesti parantaa asukaslähtöisyyttä, kustannustehokkuutta ja osallisuutta, sekä kaupunkikokonaisuuden ohjattavuutta. Valtuustokauden painopisteenä on toimialamuutosten hyödyntämisen varmistaminen ja johtamistavan uudistaminen. Tarkoitus on johtaa kaupunkia ja henkilöstöpolitiikkaa eettisesti, vastuullisesti ja kestävästi. Erinomainen ihmisten johtaminen nousee keskeiseen asemaan, samoin kuin viestinnän kehittäminen (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021.)

Helsinki kehittää vaikuttavia palveluita yhdessä kaupunkilaisten kanssa, panostaen esteettömiin, sähköisiin palveluihin, sekä ihmiskasvoisiin palveluihin. Sähköiset palvelut ovat ensisijaisia, ja niiden tulisi olla hyödynnettävissä kellonajasta tai viikopäivästä riippumatta. Palvelujen uudistamisen jatkuessa huolehditaan palveluiden saatavuudesta, monialaisesta osaamisesta, yhden luukun periaatteen vahvistamisesta, sekä oikea-aikaisen hoidon saamisesta. Henkilöstön hyvinvointiin ja osallisuuteen palveluiden uudistamisessa panostetaan. Helsinki rakentaa sote-palveluita, joita kaupunkilaiset haluavat valita, ja riippumatta sote-uudistuksen etenemisestä, palveluita ja niiden saatavuutta kehitetään. Aukioloaikoja laajennetaan, ja työmuotoja uudistetaan palvelujen tuloksellisuuden ja asiakaskokemuksen parantamiseksi. Terveyskeskusten maksuttomuus säilyy. Maakunta- ja sote-muutoksen valmisteluun osallistutaan aktiivisesti, ja palvelujen jatkuvuus turvataan järjestämisvastuun siirtyessä maakunnille. Kaupungin ja HUS:n erikoissairaanhoidon palvelut yhteensovitetään. Uusia palveluiden yhdyspintoja tunnistetaan ja varmistetaan saumaton toimivuus eri toimijoiden välillä (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021.)

Kun palveluohjataan asiakkaita päivystyksestä perusterveydenhuollon piiriin virka-ajalle, on siis huomioitava asiakasnäkökulma, lain määrittämät perusteet, sekä palveluiden saatavuus. Päivystys on antanut asiakaslupauksen ”Päivystykseen voit luottaa” ja vuonna 2014 lupaus sisällytettiin väestölle suunnattuun kiireellisen hoidon kriteerien tiedotuksen yhteyteen (Laiho 2013: 53).

5 Teoreettinen viitekehys

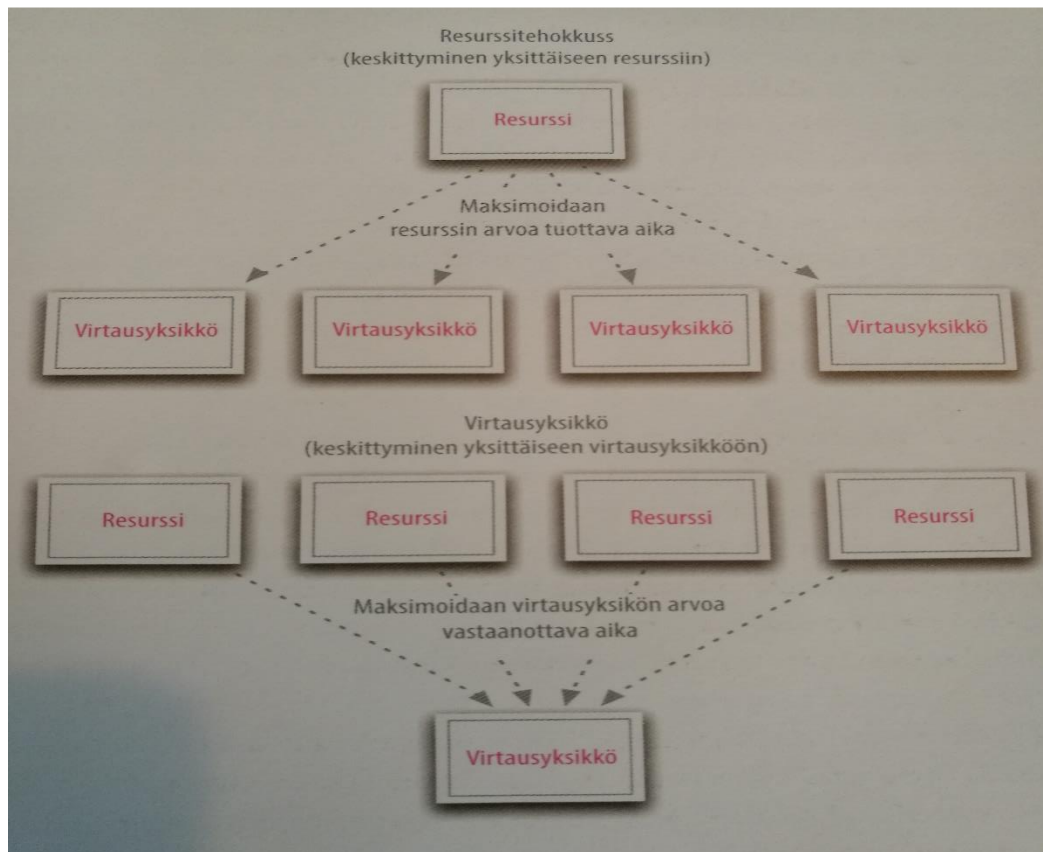
Tutkimuksessa teoreettisina viitekehyksinä on käytetty Lean-johtamisfilosofiaa, palvelumuotoilua, henkilöstön johtamista asiakaskeskeisyyteen, sekä asiakaskokemuksen ja asiakastyytyväisyyden teoriaa. Päivystyksen ja terveysasemien välisessä palveluketjun toimivuuden tarkastelussa on kyse palveluprosessien sujuvasta toiminnasta eri yksiköjen välillä, samoin kuin yksikön sisäisestä prosessien ja virtaustehokkuuden optimoinnista, näin parantaen asiakaskokemusta ja asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi henkilöstöjohtaminen on tärkeässä roolissa asiakkaan ja ammattihenkilön vuorovaikutuksen kehittämisessä ja asiakaskeskeisyyteen pyrkimisessä.

5.1 Virtaustehokkuus ja resurssitehokkuus

Perinteisesti prosesseja on ajateltu resurssitehokkuuden näkökulmasta. Lean-filosofiassa keskitytään lisäksi virtaustehokkuuteen, jolloin huomioidaan organisaatiossa jalostettava yksikkö. Palvelualoilla virtausyksikkönä on useimmiten asiakas, ja virtaustehokkuus osoittaa, kuinka nopeasti virtausyksikkö kulkee organisaation läpi. Ajanjakso alkaa tarpeen tunnistamisesta ja päättyy tarpeen tyydyttämiseen. Virtaustehokkuus voi osoittaa esimerkiksi, miten tehokkaasti terveyskeskus tai päivystys tyydyttää asiakkaan tarpeen. Yleensä organisaatiot jakautuvat erilaisiin toimintatarkoituksiin, ja organisoituvat yksiköiden käytössä olevien resurssien mukaan. Resurssien tehokas hyödyntäminen on tärkeää ja kustannustehokasta. Samoin tärkeää on asiakastarpeiden tehokas tyydyttäminen. Hyvän kannattavuuden ja asiakastyytyväisyyden takaamiseksi tarvitaan siis sekä resurssitehokkuutta, että virtaustehokkuutta (Modig – Åhlström 2013: 13-16.)

Virtaustehokkuus perustuu prosesseihin, joten on tärkeää ymmärtää, kuinka prosessit toimivat. Virtaustehokkuus syntyy prosesseissa. Prosessissa viedään jotain eteenpäin, ja se mitä prosessissa jalostetaan, on virtausyksikkö. Prosessien määrittely virtausyksiköiden näkökulmasta on tärkeää, sillä liian usein prosessit määritellään itse toiminnan ja sen funktioiden mukaan. Jotta virtaustehokkuutta voidaan ymmärtää, on tärkeää, että prosessit on määritelty virtausyksikön, toisin sanoen, asiakkaan näkökulmasta. Resurssitehokkuudessa pääpaino on resurssien hyödyntämisessä. Virtaustehokkuudessa taas tarkastellaan virtausyksikön etenemistä prosessin läpi. Resurssien ja virtausyksikön välinen riippuvuussuhde on näiden kahden tehokkuuden muodon välinen ero. Mukautuuko asiakas lääkärin tilanteeseen (resurssitehokkuus), vai mukautuuko lääkäri asiakkaan ti-

lanteeseen (virtaustehokkuus). Resurssitehokkuuden takaamiseksi on tärkeää pitää resurssit käytössä, varmistaen, että resursseilla on aina virtausyksikkö jalostettavana. Virtaustehokkuuden varmistamiseksi on pidettävä virtaus käynnissä, eli koko ajan on oltava resurssi, joka jalostaa virtausyksiköitä (Modig – Åhlström 2013: 19-21.)



Kuva 1 Riippuvuussuhteen erilaisuus, joka erottaa tehokkuuden muodot toisistaan (Modig - Åhlström 2013: 21).

Virtaustehokkuuden taustalla on kaksi tärkeää dimensiota, arvo ja tarve. Arvoa tuotetaan toiminnoissa, jotka jalostavat virtausyksikköä. Arvo määräytyy asiakkaan näkökulmasta, ja arvoa on välitöntä ja välillistä. Välitön tarve on esimerkiksi ensihoidossa potilaan hengen pelastaminen. Välillistä arvoa asiakkaalle ovat esimerkiksi mielenrauha, ja ammattitaitoinen ja ymmärtäväinen kohtelu. Välillisissä tarpeissa on siis kyse kokemuksesta, ja välittömissä tarpeissa konkreettisesta tuloksesta (Modig – Åhlström 2013: 23-25.)

Virtaustehokkuus on arvoa tuottavien toimintojen summa suhteessa läpimenoaikaan, ja prosessin alkamisen ja päättymisen voi määritellä niin kuin itse haluaa. Monesti lyhyempi läpimenoaika sopii arvon mittariksi, kuitenkin näin ei aina ole, kun huomioidaan asiak-

kaiden välilliset tarpeet. Asiakkaalla saattaa esimerkiksi olla pelkoja, joista haluaa keskustella, ja tällöin lääkärinkäynnin nopea virtaustehokkuus kääntyy arvoa alentavaksi. Tällöin läpimenoaika pitenee, mutta koska keskustelu tuo arvoa asiakkaalle ja prosessiin, virtaustehokkuus paranee. Tarpeet sanelevatkin sen, mitkä toiminnot tuottavat arvoa ja mitä virtaustehokkuus on (Modig – Åhlström 2013: 22-27.)

Prosessien toimivuutta ja virtaustehokkuutta säätelee kolme lakia: Littlen laki, pullonkaulat sekä vaihtelun vaikutus. Littlen lain mukaan läpimenoaika kasvaa sitä mukaa, mitä enemmän keskeneräisiä virtausyksiköitä on, ja kuinka pitkä jaksoaika on. Jaksoaika on kahden virtausyksikön prosessista poistumisen välillä kuluva keskimääräinen aika. Jaksoajan piteneminen pidentää läpimenoaikaa, ja pitkä jaksoaika johtuu joko siitä, ettei voida työskennellä nopeammin, tai että resurssista on pulaa. Pullonkauloja on joka prosessissa, ja kun saadaan yksi pullonkaula poistettua, toinen pullonkaula ilmaantuu muualle prosessiin. Pullonkaulat kasvattavat läpimenoaikaa. Laki vaihtelun vaikutuksesta tarkoittaa läpimenoajan kasvamista sen mukaa, miten suurta vaihtelua prosessissa on. Läpimenoaika kasvaa myös mitä lähempänä sadan prosentin käyttöastetta ollaan. (Modig – Åhlström 2013: 35-44.)

Lakien puitteissa on mahdollista tehostaa virtaustehokkuutta neljällä tavalla. Voidaan vähentää keskeneräisten virtausyksiköiden määrää karsimalla jonojen muodostumista. Syyt ovat eri prosesseissa erilaisia, ja näiden syiden selvittäminen ja korjaavat toimet parantavat läpimenoaikaa. Voidaan työskennellä nopeammin, mikä vähentää jaksoaikaa. Resursseja voidaan lisätä, mikä lisää kapasiteettia ja vähentää jaksoaikaa. Voidaan lisäksi pyrkiä poistamaan ja vähentämään vaihtelun eri muotoja, ja tämäkin vaatii vaihtelun syiden tarkastelun. Ainoastaan resurssitehokkuuteen keskittyminen siis laskee virtaustehokkuutta. Täytyy myös huomioda, että vaikka resurssilla olisi hyvä resurssitehokkuus, ei ole varmaa, että työ, jossa resurssia käytetään, lisää arvoa (Modig – Åhlström 2013: 45-46.)

5.2 Resurssitehokkaan organisaation tehottomuuden lähteet

Huomion kohdistaminen ainoastaan tehokkaaseen resurssien hyödyntämiseen lisää työmäärää, mikä luo kielteisiä vaikutuksia niin toiminnan näkökulmasta, kuin asiakkaan ja henkilöstönkin näkökulmasta. Kun tarvetta ei tyydytetä tai täytetä, syntyy uusia tarpeita, ja ne muodostavat uusia tarpeita. Kun asiat pitkittyvät, alkaa syntyä kielteisiä seurauksia.

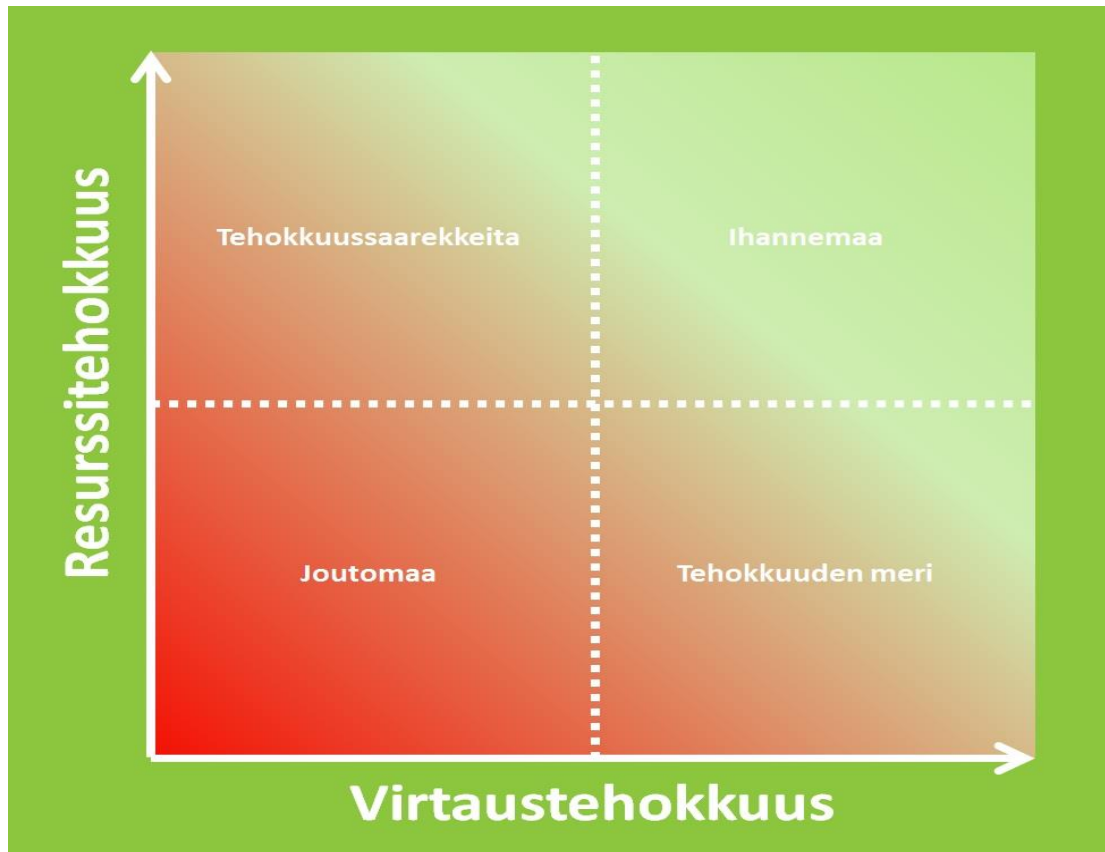
Pitkä läpimenoaika voi estää ensisijaisen tarpeen täyttämisen, ja näin syntyy uusia toissijaisia tarpeita, joita ei ollut alun perin olemassakaan (Modig – Åhlström 2013: 47-65.) Esimerkkinä terveydenhuollon puolelta voidaan käyttää jatkohoidon selvittelyä asiakkaan toimesta, verrattuna valmiiksi saatuihin selviin jatkohoito-ohjeisiin. Jakohoito-ohjeilla säästetään sekä asiakkaan että henkilökunnan aikaa, kun asiaa ei ole tarvetta selvittää puhelimitse.

Myös monien virtausyksikköjen samanaikainen käsittely pienentää virtaustehokkuutta. Jos joudutaan käsittelemään suurta asiakasjoukkoa samalla kertaa, on vaarana, että asiakas kokee olevansa massaa. Mitä enemmän samassa prosessissa on asiakkaita, sitä haastavampaa asiakkaan on kokea olevansa ainutlaatuinen. Pettyneiden ja turhautuneiden asiakkaiden kokemuksen piristäminen taas vaatii lisäresursseja, joita ei olisi alun perin tarvittu, mikäli virtaustehokkuus olisi optimi (Modig – Åhlström 2013: 47-65.)

Resurssitehokkaissa organisaatioissa esiintyvä kolmas tehottomuuden lähde on uudelleen aloittamisen tarve. Jos keskeneräisiä virtausyksiköitä on useita, työtehtäviä joudutaan aloittamaan uudelleen useasti, sillä keskittyminen herpaantuu ja henkiset asetusajat kasvavat, tehden työntekijästä tehottoman. Kun taas asioita on kerralla vähemmän hoidettavana, niihin on helpompi keskittyä ja saada ne suoritetuksi. Lisäksi suuri siirtojen määrä tuottaa laatuongelmia, ja osaoptimoinnin seurauksena kukaan ei ota vastuuta kokonaisuudesta, ja asiat ovat jonkun muun kuin itsen vastuulla. Myös puutteellisesti toimivien prosessien rajapinnat voivat aiheuttaa toissijaisia tarpeita. Keskittymällä virtaustehokkuuteen organisaatio voi välttää monia toissijaisia tarpeita, loppujen lopuksi vähentäen lisätyötä (Modig – Åhlström 2013: 47-65)

5.3 Tehokkuusmatriisi perustuen Lean-johtamisfilosofiaan

Tehokkuusmatriisi kuvaa organisaation sijaintia resurssitehokkuuden ja virtaustehokkuuden akseleilla. Matriisi siis kertoo, onko organisaatiolla pieni vai suuri resurssitehokkuus, sekä onko virtaustehokkuus suuri vai pieni. Matriisissa on neljä lokeroa, joissa organisaatio voi sijaita. Matriisin neljä paikkaa ovat tehokkuussaarekkeet, tehokkuuden meri, joutomaa, sekä ihannemaa. Strategia määrittää mihin kohtaan tehokkuusmatriisia organisaatio sijoittuu ja miksi. Matriisi korostaakin strategisten valintojen merkitystä, ja organisaatioiden on valittava, missä kohtaa ne haluavat matriisilla sijaita, ja millaisen siirtymän ne haluavat tehdä (Modig – Åhlström 2013: 100, 109, 116.)



Kuva 2 Tehokkuusmatriisi (Modig - Åhlström 2013: 100, kuvio Webprosessor).

Tehokkuussaarekkeita kuvaavat organisaation suuri resurssitehokkuus ja pieni virtaustehokkuus. Ne ovat matriisin vasemmassa yläkulmassa. Tässä matriisin osassa organisaatiossa on osaoptimoituja osia, jotka toisistaan riippumatta pyrkivät maksimoimaan resurssien käyttönsä. Tehokas resurssien käyttö tapahtuu virtaustehokkuuden kustannuksella. Jokaisen yksikön virtaustehokkuus on pieni, mutta palvelujen kustannus on matala. Palveluissa tämä tarkoittaa ei-toivottua odotusaikaa, jolloin asiakas ei saa lisäarvoa (Modig – Åhlström 2013: 101.)

Tehokkuuden meri sijaitsee oikeassa alakulmassa, ja siellä virtaustehokkuus on suuri, mutta resurssitehokkuus pieni. Prioriteettina on asiakas ja asiakkaan tarpeiden mahdollisimman nopea ja tehokas tyydyttäminen. Virtaustehokkuus on mahdollistettu resurssitehokkuuden kustannuksella, tarkoittaen, että organisaation resursseissa on vapaata kapasiteettia. Tehokkuuden merelle pääsemiseen vaaditaan hyvää kokonaisuuden ymmärtämistä osaoptimoinnin sijaan (Modig – Åhlström 2013: 101.)

Matriisin vasen alakulma kuvaa joutomaata. Tähän osaan sijoittuvissa organisaatioissa ei kyetä käyttämään resursseja tehokkaasti, eikä myöskään saamaan tehokasta virtausta prosessien läpi. Resursseja tuhlataan, ja asiakkaan saama arvo on vähäinen (Modig – Åhlström 2013: 101–102.)

Ylhäällä oikealla on ihannemaa, jossa resurssi- ja virtaustehokkuus on korkealaatuista. Prosessien lakien mukaisesti ihannemaahan pääseminen on haastavaa. Pääsyynä on vaihtelu, joka vaikuttaa mahdollisuuteen yhdistää eri tehokkuudet, suuren virtaustehokkuuden sekä suuren resurssitehokkuuden. Näiden kahden optimointi vaatisi täydellistä selvitystä asiakkaiden nykyisistä ja tulevista tarpeista, sekä täydellistä resurssijoustavuutta. Vaihtelu tarkoittaa siis kysynnän (asiakkaiden tarpeiden) sekä tarjonnan (organisaation resurssien) ennakoimisen vaikeutta. Organisaation paikan vaihtaminen matriisissa on siis sidoksissa tarjonnan ja kysynnän vaihteluun, ja sen hallitsemiseen. Paikan vaihtamisessa resurssitehokkuus voi siis kasvaa tai vähentyä, ja virtaustehokkuus voi kasvaa tai vähentyä (Modig – Åhlström 2013:102, 111.)

Suuren virtaus- ja resurssitehokkuuden yhdistäminen on tietyissä organisaatioissa haastavampaa kuin toisissa. Usein organisaatiot, joiden virtausyksiköitä ovat ihmiset, ovat eniten tämän haasteen edessä, sillä ihmisistä aiheutuu luonnostaan vaihtelua. Kuitenkin useimmat organisaatiot virtausyksikön tyypistä riippumatta voivat parantaa vaihtelun eliminointia tai vähentämistä (Modig – Åhlström 2013: 107.)

5.4 Lean-johtamisfilosofia

Lean on toimintastrategia, joka korostaa virtaustehokkuutta resurssitehokkuuden sijaan. Se luetaan toimintastrategiaksi koska kyse on pohjimmiltaan siitä, kuinka organisaatio tuottaa arvoa. Organisaatio voi vähentää lisätyötä ja vähentää tarpeetonta tuhlaamista keskittymällä virtaustehokkuuteen. Kun lisätyö ja hukka ovat vähentyneet, resurssitehokkuus voi jälleen kasvaa. Virtaustehokkuuden kasvaminen tarkoittaa saarekkeiden yhdistymistä kokonaisvaltaiseksi järjestelmäksi, joka muodostaa perustan resurssitehokkuuden kasvulle. Näin ollen resurssitehokkuus kasvaa järjestelmän tasolla, ei osaoptimoitujen saarekkeiden tasolla (Modig – Åhlström 2013: 117, 123–125.)

Lean on toimintastrategiaa laajemmin myös johtamisfilosofia. Abstraktiotasoja on neljä, jotka kaikki ovat osa järjestelmää, joka jatkuvasti, vähä vähältä kehittää organisaatiota

kohti arvoja. Abstraktiotasolla ylimpänä ovat arvot, jotka määrittävät, kuinka on toimittava. Arvot ovat perusta ja tila, johon on jatkuvasti pyrittävä. (Modig – Åhlström 2013: 128–146.)

Seuraavana alemmalla abstraktiotasolla tulevat periaatteet, jotka määrittävät miten päätöksiä tehdään, ja mitkä asiat ovat tärkeimpiä. Periaatteita on kaksi, just-in-time sekä Jidoka. Just-in-time-periaate tarkoittaa virtauksen luomista ja asiakkaan tarpeiden tyydyttämistä juuri sen mukaan mitä asiakas haluaa, milloin hän sen haluaa ja minkä verran hän haluaa. Jidoka taas kuvastaa organisaation kehittämistä näkyväksi ja visuaaliseksi. Tällaisessa organisaatiossa huomataan heti, jos jokin estää tai haittaa virtausta (Modig – Åhlström 2013: 128–146.)

Periaatteita seuraava alempi abstraktiotaso ovat menetelmät, jotka määrittävät, kuinka eri tehtäviä suoritetaan. Menetelmät tähtäävät periaatteiden toteuttamiseen. Yksi menetelmä on vakiointi, jolla pyritään vähentämään vaihtelua. Kun vakioidaan ja visualisoidaan järjestelmä, voidaan toimintaa ohjata vain seuraamalla poikkeamia normaalitilanteesta. Poikkeamat antavat mahdollisuuden normaalitilanteen parantamiseen (Modig – Åhlström 2013: 128–146.)

Työkalut ja toiminnot ovat alin abstraktiotaso, ja ne ovat käytännön apuvälineitä menetelmien toteuttamiseksi. Esimerkkinä vakioinnin toteuttamiseen on A3-työkalu, jota käytetään standardin dokumentointiin. Lisäksi on määritetty toimintasarja, jonka työntekijä käy läpi A3-mallin täyttämiseksi. Työkalut ja toiminnot ovat siis menetelmien osia (Modig – Åhlström 2013: 128–146.)

5.5 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu on asiakaslähtöistä ja tuloshakuista, joten se sisältää enemmän strategisia mahdollisuuksia kuin perinteiset brändin visuaaliset ilmentymät. Palvelumuotoilussa on kyse jatkuvasta kehittämisestä, ja jatkuvasta palvelupalautteeseen reagoimisesta voidaan määrittää, miten brändiviestit näkyvät kyseisessä kontaktipisteessä. Brändi ei ole jotain mitä nähdään, vaan se koetaan. Palveluiden brändäämisessä on huomioitava tiettyjä аспектеja. On mietittävä, miten brändi näkyy ja koetaan henkilökunnan ja asiakkaiden välisessä vuorovaikutuksessa, sekä onko palvelun käyttö asiakkaalle loogista ja ymmärrettävää kaikissa palvelukanavissa ja kontaktipisteissä. On tärkeää,

että asiakas saa kaikissa kohtaamisissa positiivisia brändikokemuksia, jotka johtavat positiiviseen brändisuhteeseen. Palvelussa onkin siis vahvaa potentiaalia markkinoinnin kannalta. (Tuulaniemi 2011: 51-52.)

Muotoilussa käytettävälle ongelmanratkaisulle on tyypillistä, että laaja ja monimutkainen asiakokonaisuus jaetaan pienempiin osa-alueisiin. Paremman hallinnan vuoksi osakokonaisuudet ratkotaan itsenäisesti, ja lopuksi ratkaisut yhdistetään kokonaisratkaisuksi. Asiasta muodostetaan siis kokonaiskuva pienempien osien kautta. Palvelun ominaisuudet ja olemassa olevat haasteet on tiedostettava, samoin kuin tunnettava terminologia ja hallittava työmenetelmät ja prosessi. Lopuksi on osattava soveltaa kaikkea tätä käytäntöön. On huomioitava, että palveluprosessin heikoin lenkki voi pilata koko asiakaskokemuksen (Tuulaniemi 2011: 58, 182.)

Palvelua voi määritellä monella eri tavalla. Palvelu on toimintaa joka helpottaa jotakuta tekemään jotain. Palvelu on vuorovaikutus, teko, tapahtuma, kokemus, toiminta tai suoritus. Palvelu on tekemisten ja prosessien summa, joka ratkaisee asiakkaan ongelman. Palvelua ei ole kulutettu loppuun, kun se on käytetty, eikä omistajuus vaihdu. Tärkeimmät 4 elementtiä palvelussa ovat asiakkaan ongelman ratkaisu, prosessiluontoisuus, palvelun kokeminen ilman omistamista, ja ihmisten välinen vuorovaikutus (Tuulaniemi 2011: 59.)

Palvelu on palvelun tarjoajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde ja -prosessi. Keskeistä on ymmärrys ihmisen tarpeista ja toiminnan motiiveista, eli niin sanottu asiakasymmärrys. Palvelua suunniteltaessa on ymmärrettävä laaja-alaisesti kokonaisuus, johon palvelu liittyy, ja kuinka palvelun eri osat ovat yhteydessä muihin palveluihin ja miten palvelut tukevat toisiaan. Kaikkien palveluiden keskiössä on ihminen, palvelun käyttäjä eli asiakas. Palvelua ei ole olemassa, mikäli ei ole ihmistä, joka sitä kuluttaa. Asiakas on myös oman elämänsä ja toimintansa paras asiantuntija, ja yhdessä organisaation edustajan kanssa he muodostavat palvelukokemuksen, jonka rakentumisessa on keskeistä vuorovaikutus. Olennaista onkin ymmärtää yhdessä molempien osapuolten tarpeita, odotuksia, motivaatiotekijöitä ja arvoja (Tuulaniemi 2011:67, 71.)

Palvelumuotoilun hyödyntäminen sopii moniin tarpeisiin, yhdistäen liiketoiminnan ja asiakasnäkökulman. Lähestymistapa toimii niin yrityksille, julkiselle sektorille kuin voittoa tavoittelemattomille organisaatioille. Se antaa loogisen toimintamallin, joka sitouttaa organisaation tavoitteet asiakkaan näkökulmaan. Liiketoiminnalliset edut liittyvät strategiseen

suuntaamiseen, toiminnan fokusoimiseen asiakaslähtöiseksi, sisäisten prosessien kehittämiseen, sekä uusien ja olemassa olevien palvelujen kehittämiseen. Palvelumuotoilu auttaa havaitsemaan liiketoimintamahdollisuuksia, ja kehittämään strategisesti merkittäviä palveluita, jotka luovat asiakkaalle arvoa. Prosessi auttaa havaitsemaan missä, milloin ja kuinka tehdä palvelut arvokkaammiksi sekä asiakkaille että itse organisaatiolle (Tuulaniemi 2011: 95-96.)

Palvelumuotoilu auttaa organisaatiota sisäisesti monella tapaa, prosessien kehittämisen kautta. Voidaan kehittää rakenteita niin, että ne tukevat asiakasrajapinnassa olevaa henkilökuntaa, ja saadaan kehitettyä parempia mittareita asiakaskokemuksen, palvelun kehittämisen ja palvelutuotannon mittaamiseen. Voidaan myös huomata mahdollisuuksia alentaa palveluiden tuotantokustannuksia, ja määrittää yrityksen resurssit, jotka tuovat eniten arvoa asiakkaille. Lisäksi organisaation innovaatioprosessi kehittyy (Tuulaniemi 2011: 98.)

Palvelumuotoilu on yhteiskehittämistä, ja sen keskeinen ajatus on palvelun eri osapuolten osallistuminen palvelun kehittämiseen. Asiakkaan lisäksi muutkin palveluun kuuluvat ihmiset on tarkoitus osallistaa palvelun suunnitteluprosessiin alusta alkaen. Yhteiskehityksen myötä ei kuitenkaan ole tarkoitus, että kaikki palvelun osapuolet (myöskään asiakkaat) olisivat päättämässä, millainen palvelu tuotetaan. Tarkoitus on saada kaikki palveluun liittyvät näkökannat ja asiat huomioiduksi tiedon keräämis- ja analysointivaiheessa (Tuulaniemi 2011: 116-117.)

Palvelu on prosessi, ja palvelun tuottamiseen liittyvien ihmisten tulee olla osana palvelumuotoiluprosessia. Näin henkilöstö tietää, mihin lähtötietoihin lopputulos perustuu, ja näin ollen ovat paremmin sitoutuneita tuotettavaan palveluun. Palvelumuotoiluprosessin tulisi olla organisaation sisällä läpinäkyvä, niin että työntekijät tietävät meneillään olevasta kehittämisestä, kyeten vaikuttamaan ja kommentoimaan. On myös tärkeää kouluttaa henkilöstöä prosessiin, koska systemaattinen palveluiden kehittäminen on uutta. On erittäin tärkeää, että yrityksen strategiset linjaukset, asiakasymmärryksestä saatu tieto, ideat, palvelukonseptit ja muut kriittiset komponentit pysyvät ehjinä kokonaisuuksina koko prosessin ajan, ja tulevat asiakkaalle esille palvelussa (Tuulaniemi 2011: 228-229.)

Palvelumuotoilun vaihteita ovat prosessin määrittely, tutkimus, suunnittelu, tuotanto, sekä arviointi. Määrittelyvaiheessa päätetään kehitysprosessin tavoitteet, ja tutkimusvai-

heessa perehdytään asiakasymmärrykseen keräten ja analysoiden asiakastietoa. Suunnitteluvaiheessa ideoidaan ilman skeptisyyttä, päämääränä löytää mahdollisimman paljon ratkaisuehdotuksia kehittämisen kohteena olevaan ongelmaan. Ideoinnin päätteeksi testataan, toimivatko kehitetyt ratkaisut, eli konseptit, niin kuin niiden on ajateltu toimivan. Tuotantovaiheessa palvelukonseptit viedään markkinoille kuluttajien testattavaksi, ja pilotointivaiheessa mitattavat tulokset ovat merkittäviä. Tässä vaiheessa suunnittelu-ryhmä voi havaita suurimmat pullonkaulat palvelun tuottamisessa ja tehdä muutoksia henkilöstön valmennukseen, työkaluihin, sekä palveluympäristöön. Arvioinnilla mahdollistetaan palvelun kilpailukyky, ja jatkuvalla kehittämisellä pyritään pitämään yllä kilpailuetua (Tuulaniemi 2011: 132, 142, 194, 230, 239.)

Blueprint-mallissa asiakkaan kulkema reitti, palvelupolku, on kuvattu niin, että palvelun tuottajan ja asiakkaan kontaktipisteet sekä prosessiin keskeisesti kuuluvat toimijat saadaan esiin. Palvelumalli on visuaalinen kuvaus palvelun tuottamisesta, siihen tarvittavista resursseista, ja asiakkaiden kytkeytymisestä tuotantomalliin. Blueprint-mallia voi käyttää uusien palvelutuotteiden kehittämistyökaluna, olemassa olevien palveluiden kuvaamisessa, sekä olemassa olevien palveluiden korjaamisvälineenä. Muista prosessikuvaustavoista poiketen palveluketjun eri toiminnot esitetään myös asiakkaan näkökulmasta. Palveluketju kuvataan kronologisessa järjestyksessä toiminto toiminnoilta yli yrityksen tulosalueiden ja monesti jopa yli yritysten rajojen (Tuulaniemi 2011: 210.)

Kehitetyn palvelun menestyksen arviointi ja seuraaminen pitäisi aina tehdä sekä ennen että jälkeen kehitystyön. Palveluiden mittaamisessa on kyse palveluntuottajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen mittaamisesta. Yleisimmin on käytössä asiakastytyvyyden mittaaminen, tai brändin tunnettavuus ja maine. Tämä ei kuitenkaan yksistään riitä, sillä palvelun tekninen laatu ei ole sama kuin asiakkaan kokemus ja havaitsema laatu. Eräs tapa arvioida palvelumuotoilun vaikutuksia on tarkastella palveluprosessin parantumisen suhdetta, palvelun tuottamisen kustannusten pienenemistä, tai uusien markkinoiden löytämistä (Tuulaniemi 2011: 227, 239-240.)

Asiakaskokemuksen keskeisenä mittarina käytetään Net Promoter Score: a. Mittari kerää tietoa siitä, kuinka todennäköisesti asiakas suosittelisi palvelua häneltä sitä kysyttäessä. NPS osoittaa tuloksellisuuden kasvun ja asiakasuskollisuuden yhteyden. Erityisen hyvin se mittaa palvelumuotoilun merkitystä asiakaskokemuksen muutokseen. Koska NPS korostaa todellista asiakaskokemusta, se tekee helpoksi todellisten vaikutusten

seuraamisen, esimerkiksi palveluita kehitettäessä. Palvelukokemuksen asiakas voi arvottaa 0-10 välillä, 0 tarkoittaen ”en suosittelisi”, ja 10 tarkoittaen ”ehdottomasti suosittelisin”. Net Promoter Score-luku määritellään vähentämällä arvostelijoiden (arvosanat 0-6) määrä prosentteina suosittelijoiden (arvosanat 9-10) määrästä prosentteina (Tuulaniemi 2011: 241-242.)

Julkisella sektorilla on valtavat haasteet kehittää ihmisten tarpeisiin vastaavia palveluita koko ajan vähenevillä resursseilla. Vahvaa potentiaalia kehitykseen on olemassa, ja palveluratkaisuja voidaan innovoida palvelumuotoilun menetelmin. Julkisen toimijan tehtävä on tuottaa arvoa asukkailleen, ja arvoa syntyy toimivista palveluista ja ihmisten elämää helpottavista ratkaisuksista. Kunnilla on kuitenkin haasteena lakimääräisesti tiettyjen peruspalveluiden tuotantovastuu, kuten terveydenhuolto. Toinen haaste on poliittinen päätöksentekojärjestelmä. Kunnat ovat lähteneet kilpailemaan palveluntuottajina yksityisen puolen kanssa, ja kenties kuntapalvelutkin voisivat tarjota lisäpalveluita ja lisäarvoa lisämaksusta. Voitaisiin kehittää pelkistetty palvelutuote, joka ratkaisee asiakkaan ongelman, mutta lisäksi voitaisiin tarjota tämän option lisäksi lisämaksullista lisäarvopalvelua. Näin peruspalvelua tuotettaessa ei tuhleta, mutta kuntaan voitaisiin saada lisätuloja maksullisilla palveluilla (Tuulaniemi 2011: 281.)

5.6 Henkilöstön johtaminen asiakaskeskeisyyteen

Henkilöstöjohtamisen rooli on tärkeä asiakaskeskeiseen kulttuuriin siirtymisessä. Organisaation palveluksessa olevat ihmiset, toisin sanoen henkilöstö, ovat kontaktissa asiakkaiden kanssa, ja kontaktit henkilöstön kanssa vaikuttavat vahvasti asiakkaiden mielikuvaan organisaatiosta. Tutkimusten mukaan ei vaikuttaisi olevan väliä tapahtuuko kontakti kasvokkain, vai internetin tai puhelimen välityksellä. Asiakaskokemuksen johtaminen merkitsee asiakkaiden ongelmien ratkaisemista entistä yksinkertaisimmin ja helposti käytettävissä olevin keinoin. Asiakkaat painottavat entistä enemmän tunteisiin liittyviä seikkoja, ja suhtautuvat organisaatioon ja sen tuotteisiin pääosin tunnepitoisesti (Juuti 2015: 31, 45).

Asiakkaalle luotava arvo palvelun osalta voidaan jakaa neljään tyyppiin, taloudelliseen, toiminnalliseen, symboliseen sekä emotionaaliseen arvoon. Taloudellista arvoa asiakkaalle luovat edulliset hinnat. Toiminnallista arvoa antavat toimintavarmuus ja –luotettavuus, sekä kokonaisvaltainen laatu. Se konkretisoituu asiakkaalle säästöinä ajassa ja vaivassa. Symbolista arvoa luovat mielikuvat ja brändit, ja näitä voidaan edistää hyvällä

asiakaskokemuksella alusta lähtien. Emotionaaliset arvot liittyvät tunnekokemuksiin, ja palvelujen personointiin erilaisille asiakkaille. Kilpailuetuna merkitykselliset kokemukset ovat uniikkeja. Näistä arvoista emotionaalisen arvon mahdollisuudet ovat suuresti ali-hyödynnetyt, ja siihen panostamalla oikeanlaisen rekrytoinnin, henkilökunnan koulutuksen, sekä palkitsemisen avulla, saadaan parannettua asiakaskokemusta. (Löytänä - Korkiakoski 2014: 18-20, 174-178.)

Hyvien asiakaskokemusten tuottaminen ei ole pohjimmiltaan erityisen monimutkaista. Henkilöstön palvelualttius, ystävällisyys sekä asiakkaan tunteminen ovat peruselementtejä hyvän asiakaskokemuksen aikaansaamiseksi. Kuitenkin systemaattinen hyvien asiakaskokemusten tuottaminen on organisaatioille haaste. Tiedonkulku, yhteistyö, innovatiivisuus ja ihmisten asenne ovat kehittämiskohteita. Tärkeintä on johdon kyky omata roolikseen muiden työntekijöiden auttaminen niin, että henkilöstö kykenee parhaiten omassa työssään palvelemaan asiakkaita. Hierarkkisesta asemasta onkin edettävä kohti asiakaskohtaamisten ja kontaktien priorisointia. Tämä vaatii organisaatiokulttuurin ja siinä olevien arvojen muuttamista. Laajat kaaret eivät riitä strategiassa tuloksen tekemiseen, samanaikaisesti on ymmärrettävä yksityiskohtia. Tietoon keskittyvässä organisaatiossa on tärkeää ymmärtää käytännön toimintaa ja siihen liittyviä yksityiskohtia. Strategien onkin ymmärrettävä logiikka tulkitsemalla toiminnan yksityiskohtia alhaalta ylöspäin. Myös sivusuunnassa katsominen on tärkeää strategista ajattelua, ottamalla mallia muilta aloilta (Juuti 2015: 31, Santalainen 2008: 26).

Asiakaskeskeinen organisaatio on luova ja innovatiivinen, ja lisäksi joustava. Asiakaspalvelua toteuttavat henkilöt valtuutetaan tekemään itsenäisiä päätöksiä. Lisäksi asiakaspalvelua suorittavat henkilöt valmennetaan hyvin, jotta he kykenevät tekemään organisaation kannalta hyviä päätöksiä ja jopa ylittämään asiakkaan odotukset. Sen sijaan että mitataan, kuinka paljon asiakaskohtaamiseen kuluu aikaa, tai kuinka monta asiakasta kukin hoitaa, tulisi keskittyä ihmissuhdetaitojen arvostamiseen. Organisaation olisikin kannustettava henkilöstöä kuuntelemaan asiakkaita ja keskustelemaan inhimillisellä ja herkällä tavalla. Mikäli fokuksessa on tulosorientaatio ja jatkuva kiire, asiakaskontaktien laatu on heikkoa. Tämä tarkoittaa, että johtamisessa painoarvoa on annettava henkilökunnan työtyytyväisyyden kehittämiseen, sekä molemminpuoliseen luottamukseen. (Juuti 2015: 31, 43-44, Löytänä - Korkiakoski 2014: 172-183).

Asiakaspalvelijat ovat avainasemassa palveluyrityksen brändin rakentumisessa, näytäten toiminnallaan, miten brändi haluaa asiakkaitaan kohdeltavan. Tämän vuoksi koko

henkilöstön tulisi sisäistää brändi, ja tietää käytössä olevat resurssit. Yrityksen johdon on välitettävä asiakasrajapinnassa työskenteleville yrityksen ydinarvot, palvelun tavoitteet, yrityksen brändi- ja palvelun palvelulupaus (Tuulaniemi 2011: 53-54.)

Asiakaskeskeisimmät yritykset menevät laatujohtamista, asiakastyytyväisyyden seurantaa ja asiakassuhteen johtamista pidemmälle, toimien asiakkaan asianajajina. Ne etsivät aidosti parasta ratkaisua asiakkaan tarpeisiin, vaikka se merkitsisi kilpailijan tai lähialan yrityksen suosittelamista. Taustalla on ymmärrys siitä, että pitkällä aikavälillä tyytyväiset asiakkaat palaavat ja luovat elinvoimaisuutta. Tällöin lyhyellä aikavälillä tuotoista voidaan joutua tinkimään, mutta ehkäistään ”mustamaalajien” vaikutus. Mustamaalajat kokevat tulleet huonosti kohdelluiksi, ja tämän seurauksena he vähentävät asiointiaan, siirtyvät kilpailijoille ja kehottavat muitakin tekemään samoin. Mustamaalajien tekemä vahinko ei näy suoranaisesti tuloslaskelmissa, mutta haittavaikutukset ovat suuret tulevaisuuden kannalta (Santalainen 2008: 114-115).

Nykyisin henkilöstöjohto pyrkii tuottamaan palveluita organisaation yksiköille strategioiden mukaisesti. Henkilöstöammattilaiset tarjoavat palveluita organisaation sisäisille asiakkaille, eivät organisaation ulkoisille asiakkaille. Mikäli henkilöstöjohtamisessa asiakkaiksi alettaisiin mieltää ensisijaisesti organisaation ulkoiset asiakkaat, asiakkaiden ja henkilöstön välinen rajapinta nousisi keskiöön henkilöstöjohtamisen toimenpiteitä suunnitellessa. Näin henkilöstöjohtaminen pyrkisi auttamaan myönteisten asiakaskokemusten syntymistä tukien henkilöstön ja asiakkaiden välistä vuorovaikutussuhdetta, ja asiakaspalvelu nousisi jokaisen henkilön keskeiseksi tehtäväksi työtehtävästä riippumatta. Brändin rakentaminen ja palvelulupaukseen pyrkiminen olisivat näin ollen kaikkien organisaatiossa työskentelevien toimenpiteiden perustana, ja kaikkien organisaation palveluksessa olevien työpanos ajatellaan asiakkaiden näkökulmasta. Tällöin kunkin tehtävän lisäarvon tuottaminen asiakkaalle olisi organisoinnin, johtamisen, suoritusten arvioinnin ja toiminnan hyvyyden arvioinnin lähtökohtana (Juuti 2015: 61, 63).

Muutoksia ei voida tehdä ilman resurssien lisäämistä nykyisissä olosuhteissa. Resurssit mahdollistava strategian toteutuksen, ja resurssien perinteinen rooli onkin sopia strategiaan siten, että strategian toteutus on mahdollisimman vaikutusvoimainen. Muutosten toteuttaminen edellyttää, että toiminta uudelleenorganisoidaan niin, että entistä suurempi osa henkilöstöstä osallistuu muiden töiden ohella asiakaspalveluun. Asiakaskeskeiseen henkilöstöjohtamiseen vaikuttaa läheisesti kuusi osa-aluetta; luovuus ja innovatiivisuus, osaaminen, vuorovaikutustaidot, sitoutuminen, työhyvinvointi sekä oikeudenmukaisuus

ja eettisyys. Osaamisen johtamisessa on otettava huomioon, kuinka paljon asiakaskohtaamisissa kyetään käyttämään asiakkaiden osaamista hyväksi, ja toiseksi, organisaation kyky oppia uutta. Näin ollen tiedon ja näkemyksen jakamisen merkitys korostuu. Työhyvinvointi vaikuttaa asiakaskohtaamisissa asiakkaan ja työntekijän välisiin tunteisiin, ja vain hyvin työssään jaksavat henkilöt kykenevät välittämään myönteisiä tunteita asiakkaalle. Vuorovaikutustaitoja voidaan kehittää kouluttamalla henkilöstöä. Eräs tapa on johdon tutustuminen asiakaspalveluun asiakasrajapinnassa, ja koulutuksen järjestäminen, missä jokaista organisaation palveluksessa olevaa opetetaan palvelemaan asiakkaita samalla tavalla kuin parhaat asiakaspalvelua suorittavat henkilöt tekevät (Juuti 2015: 64-66, 78, Santalainen 2008: 123).

Organisaation perustehtävä on usein kuvattu visiossa tai strategiassa. Kun organisaation perustehtävä liittyy asiakastarpeiden hyvään tyydyttämiseen, myös ydinosamisen on keskityttävä asiakastarpeiden tyydyttämiseen. Mikäli henkilöstö ei tarkkaile organisaation systeemejä, toimintoja ja osaamista asiakkaiden silmin, organisaatio menettää elinvoimaansa ja uudistumiskykyään. Helposti nähdään keinot tärkeämmäksi kuin päämäärät, joiden vuoksi toimintaa on alun perin pyritty tekemään (Juuti 2015: 88-89).

Työhyvinvoinnin edistäminen lähtee johtamistapojen kehittämisestä. Johtamisen vaatimusten ja asiakkaiden odotusten välinen ristiriita tulee purkaa, jottei henkilöstö joudu mahdottoman tehtävän eteen. Organisaatio ei pysty muuttamaan asiakkaan toiveita häntä palvellessaan, joten organisaation on muutettava perinteinen taloudelliselle tehokkuudelle perustuva johtaminen asiakaskokemuksen johtamiseksi. Samalla tehokkuusmittarit tulisi korvata asiakaskokemuksiin liittyvillä tarkasteluilla. Kaikilla tasoilla on puhuttava organisaation perustehtävästä, jonka toteuttamista varten organisaatio on olemassa. Hyvä johtaminen tunnistaa henkilöstön ihmisinä, joilla on itseisarvoa ja ihmisarvoa, ja näin myös henkilöstö arvostaa johtoa, organisaatiota ja asiakkaita. Asiakkaille tehdyt mielekkäät palvelut antavat mielihyvää ja merkitystä myös tekijälleen, näin parantaen työhyvinvointia ja asiakaskokemusta. Näin ollen syntyy myös organisaatiolle parempia tuloksia (Juuti 2015: 140-141).

Toiminnan tehokkuuden erot kilpailijoiden välillä syntyvät palveluketjun saumakohtissa. Rakenteet, prosessit ja johtamisjärjestelmät ovat puitteita, jotka alkavat elämään ihmisten kautta. Yksilöiden motivaation muuttaminen organisaation energiaksi, ja yksilön osaamisen muuntaminen organisaation osaamiseksi antavat mahdollisuuden huippu-

suorituksien kehittymiselle. Vaikutus on kaksisuuntaista, kun organisaation arvot, johtajuus ja prosessit mahdollistavat vaikutuksen molempiin suuntiin. Työ luo vankimman motivaation, ja luovuuden tulokset ja mahdollisuus niistä nauttimiseen tuovat energiaa. Organisaatioiden haaste näyttääkin olevan johtajuushaaste, enemmänkin ihmisten johtamiseen liittyvä, kuin asioiden, rakenteiden tai järjestelmien hallintaan liittyvä (Santalainen 2008: 62-63).

Lisäarvoa tuottaessa syntyy potentiaalia, jonka toiminnassa mukana olevat jakavat. Yksinkertaistetusti, lisäarvon luominen tuo ajatteluun asiakasnäkökulman, ja lisäarvon haltuunotto organisaation ja muiden sidosryhmien näkökulman. Osaava ja hyvin koulutettu henkilöstö on asiantuntija- ja palveluorganisaatioissa kriittisin lisäarvon luomisen ja haltuunoton resurssi. Henkilöstövoimavarat ovatkin nousemassa strategian ytimeen, ja henkilöstöjohtamisen rooli laajenee päivittäisjohtamisesta tulevaisuuden luomiseen. Henkilöstö ja henkilöstöjohto ovatkin tuloksenteon strategisia kumppaneita, ja henkilöstöjohtajien on osattava muuntaa bisnesvalinnat henkilöstöjohtamisen avainasemaan. Tieteellisesti, kokemuksellisesti ja maalaisjärjellä ajateltuna henkilöstövoimavarojen nostaminen strategiseen rooliin on perusteltua (Santalainen 2008: 191-192, 236-237, 240).

5.7 Vuorovaikutus asiakaspalvelussa

Ihminen haluaa tulla hyväksytyksi ja arvostetuksi. Asiakaskeskeinen toimintatapa tulee avuksi tähän tarpeeseen. Hyvä vuorovaikutus perustuu aitouteen, rehellisyyteen, luottamukseen, hyväksyntään, avoimuuteen, ymmärrykseen, kunnioitukseen ja erilaisuuden hyväksymiseen. Aidoksi koetun ihmisen sanaan on helppo luottaa, varsinkin kun asiat kerrotaan rehellisesti ja avoimesti. Luottamus ja avoimuus liittyvätkin toisiinsa, mikäli toiselle kerrotaan avoimesti asioista, luotetaan siihen, että toinen ei käytä tietoa hyväkseen. Asiakkaan kunnioittaminen ja hänen tarpeidensa ymmärtäminen liittyvät vahvasti hyvään vuorovaikutussuhteeseen (Juuti 2015: 110-111).

Asiakkaan luottamuksen ansaitseminen on organisaatiolle keskeinen voimavara ja edellytys menestykselle, valta-asetelma ei nykypäivänä enää saa kunnioitusta tai luottamusta aikaan terveyspalveluissa. Asiakkaiden luottamus on ansaittava. Vaatimus kuulostaa yksinkertaiselta, mutta koska organisaatio on kaikkien henkilöstön tapaamisten yhteissumma, vaatimus onkin jo haastavampi täyttää. Yleisesti haasteena luottamuksen

ansaitsemiseen voidaan todeta mahdollinen ristiriita toimintatapojen tai palvelulupauksen toteutumisessa suhteessa asiakkaiden odotuksiin (Juuti 2015: 111, Välikangas 2007: 23).

Ajatellaan, että henkilöstön ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen kokemukset ovat riippuvuussuhteessa toisiinsa. Myönteinen asiakaskokemus heijastuu myönteisesti henkilöstöön, samoin kuin myönteinen henkilöstön kokemus heijastuu myönteisesti asiakaksiin. Kielteinen asiakaskokemus taas kuormittaa henkilöstöä, ja kielteinen henkilöstön asenne ja ilmapiiri heijastuvat kielteisesti asiakaskokemuksiin. Asiakkaiden odotukset vaikuttavat kokemukseen palvelusta, joko he ovat tyytyväisiä tai tyytymättömiä. Yksittäisellä henkilöstön jäsenellä ei ole valtavasti mahdollisuutta vaikuttaa asiakkaiden odotuksiin, mutta organisaatiolla on (Juuti 2015: 127, Löytänä - Korkiakoski 2014: 172-183).

Ammattihenkilö voi omalta osaltaan vaikuttaa asiakkaiden odotuksiin myönteisellä vuorovaikutuksella. Asiakkaat voidaan karkeasti luokitella neljään ryhmään Jungin nelikentän avulla: tehokas, kekseliäs, sosiaalinen sekä empaattinen. Asiakasryhmittelystä huolimatta tärkeintä on olla kiinnostunut henkilöstä niin ihmisenä kuin asiakkaanakin (Juuti 2015: 130-132).

Tehokkuuteen panostava asiakas haluaa saada asioita nopeasti aikaan ja edetä nopeasti keskustelussa, saaden heti tuloksia joita he tavoittelevat. Tehokkuuteen painottavaa asiakasta tulisikin siis palvella menemällä suoraan asiaan ja etenemällä keskustelussa nopeasti. Ammattihenkilön vastuun ottaminen on tälle asiakastyypille tärkeää, samoin kuin aikataulujen selkeä kertominen, mikä ja milloin seuraava vaihe on ja milloin tuloksia saadaan. Tehokkuuteen panostavan asiakkaan on huomattava, että organisaatio kykenee auttamaan asiakasta (Juuti 2015: 130-131).

Kekseliäät asiakkaat haluavat pohdiskella asioita eri puolilta ja löytää erilaisia vaihtoehtoja. Kekseliäät ovat usein terävän älykkäitä ja loogisia. Kekseliästä asiakasta kohdatessa on kuunneltava tarkoin, kuvattava loogisesti ja suunnitelmallisesti eri vaihtoehdot ja annettava asiakkaalle aikaa pohdiskella eri vaihtoehtoja. Vaihtoehtojen taustat tulisi kuvata mahdollisimman avoimesti (Juuti 2015: 131).

Sosiaalisen tyylin ihmiset haluavat liittyä muiden joukkoon, joko yksittäin tai ryhmittäin. Kummassakin tapauksessa he käsittelevät asioita kokemuksen kautta. Sosiaalista asiakasta kohdatessa on hyvä käyttää epävirallista puhetyyliä ja huumoria. Ystävällisyys ja

luovuus ovat tärkeitä, samoin kuin omien kokemusten kertominen. Vaiheissa on hyvä edetä luontevasti ja välttää mekaanisuutta (Juuti 2015: 131-132).

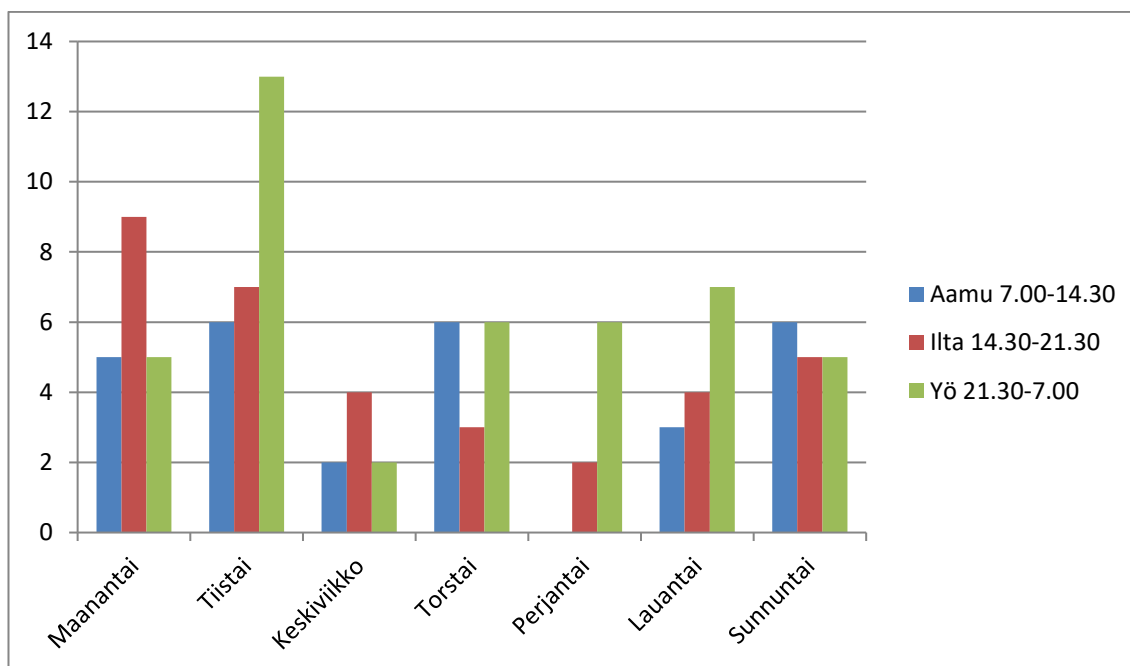
Empaattista tyyliä painottava henkilö on herkkä ja yhteistyökykyinen. Heidän tunne-elämänsä ja siihen liittyvä pohdinta on syvällistä. Empaattisen ihmisen kohtaamisessa on tärkeää puhutella juuri häntä, olla empaattinen, sitoutunut ja kärsivällinen. Asiakkaan on huomattava, että ammattihenkilö ymmärtää asiakkaan näkökulmat, ja on aidosti kiinnostunut (Juuti 2015: 131-132).

6 Tutkimustulokset

Tutkimustuloksissa käydään tulokset objektiivisesti ja systemaattisesti läpi, kertoen kuinka tuloksiin on päädytty. Tuloksissa keskitytään ensin kuvaamaan aineistoa yleisellä tasolla. Toinen ja kolmas otsikko käsittelevät tutkimuskysymyksiä kronologisessa järjestyksessä.

6.1 Yleistä tietoa aineistosta

Aineistossa käsiteltiin 106 palveluohjattua asiakasta viikon ajalta syksyltä 2016. Aineisto jaoteltiin alkamaan kello seitsemän maanantai-aamuna, päättyen seuraavaan maanantai-aamuun kello seitsemään. Jaottelu suunniteltiin hoitajien työvuorojen mukaan. Lisäksi jokainen viikonpäivä jaoteltiin aamu-, ilt- ja yövuoroon. Aamuvuoro on kello 7-14.30, iltavuoro kello 14.30-21.30, ja yövuoro 21.30-7.00.



Taulukko 1 Päivystyksestä palveluohjatut asiakkaat hoitajien työvuorojen mukaisesti kultakin viikonpäivältä, viikon ajalta.

Taulukossa 1 kuvaillaan palveluohjauksien jakaantumista hoitajien työvuorojen mukaisesti. Maanantaina aamuvuorossa palveluohjauksia oli 5, iltavuorossa 9, ja yövuorossa 5. Tiistaina aamuvuorossa yhteydenottoja oli 6, iltavuorossa 7, ja yövuorossa 13. Keskiviikkona palveluohjattiin aamuvuoron aikana 2, iltavuoron aikana 4, ja yövuoron aikana 2 asiakasta. Torstaina yhteydenottoja oli aamulla 6, illalla 3, ja yöllä 6. Perjantaina aamuvuorossa ei ollut yhtään palveluohjausta, iltavuorossa oli 2 ja yövuorossa 6. Lauantaina palveluohjauksia oli aamuvuorossa 3, iltavuorossa 5 ja yövuorossa 5. Sunnuntaina yhteydenottoja oli aamuvuorossa 6, iltavuorossa 5, ja yövuorossa 5. Viikon aikana ei ollut pyhäpäiviä.

Naisia palveluohjatuista oli 56, miehiä 50. Ikäjakama molempien sukupuolten osalta oli 4-90 vuotta, naisilla 4-89 vuotta, miehillä 17-90 vuotta. Molempien sukupuolten keski-ikä oli 42,52 vuotta, naisten 43,95 vuotta ja miesten 40,92 vuotta.

Palveluohjatuista asiakkaista 50 otti yhteyttä johonkin kaupungin palveluun (47,17 %). Hoidontarpeen arviosta palveluohjattiin asiakkaita terveysasemalle, terveyskeskuspäivystykseen alkaen klo 16, työterveyshuoltoon, lastenklinikalle, hammaspäivystykseen, murtumakontrollipoliklinikalle sekä sisätautipäivystykseen (lääkärinä konsultoiden siirrettiin lääkärin vastaanottoa seuraavaan päivään). Hoidontarpeen arviossa palveluoh-

jauksien yhteydessä annettiin osalle potilaista kipulääkitystä lääkäriä konsultoiden, kirjoitettiin sairauslomaa, varattiin aikaa omalle terveysasemalle virka-aikana puhelimitse, tulostettiin asiakkaan hoitotekstejä ja kerrottiin tutkimusvastauksia.

6.2 Palveluohjattujen oireet kategorioittain

Sisällön erittely ja kategorioihin lajittelu tehtiin työkalun Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä (2015) mukaisesti. Muutamassa tapauksessa päivystykseen saapuessa asiakkaalla oli useampia oireita. Oireista pyrittiin valikoimaan eniten päivystyshoitoa vaativin vaiva. Esimerkiksi mikäli ammattihenkilö epäili stressiä, ja oirekuvina oli päänsärky, voimattomuus, rintakipu sekä vatsakipu, valittiin laittaa asiakas rintakipu-kategorian alle, sen ollessa eniten päivystyksen näkökulmasta huolenaihe. Toinen esimerkki on tulo-oireistona flunssa ja kohonnut verenpaine. Tällaisessa tapauksessa kategoriaksi valittiin verenpaine, sillä se on todennäköisempi päivystyshoitoa vaativa oire. Pääosassa tapauksia oireisto oli selkeä ja kuului tiettyyn kategoriaan.

Osaa kategorioista ei ole työvälaineessä Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä (2015). Työvälaineesta puuttuvat kategoriat otettiin tutkimukseen myös mukaan, sillä kyseiset kontaktit vievät ammattihenkilön työaikaa hoidontarpeen arvion suorittamisen pisteessä.

Raajat-kategoriaa esiintyi 19 kertaa, 17 tapausta liittyi raajojen kipuihin, ja 2 tapausta raajojen infektioiden. Infektiot olivat jalkaterän tai kynnen/varpaan infektiota. Kiputapaukset olivat trauman aiheuttamia kämmenkipuja, jalkaterän, nilkan, käden ja polven kipuja, olkapään kipuja sekä kyynärpään kipuja. Ei-traumaattisia kipuja olivat lihaskivut, polven tai polvitaipteen kivut, pohjekivut, ranteen kivut sekä varpaan kivut.

Selkäkipua oli kahdeksassa tapauksessa. Kyseessä oli tuoreiden selkäkiputilojen lisäksi pitkittyneitä alaselkäkipuja, vanhoja selkäkipuja, sekä kylkikipua (traumaattista ja ilman trauma). Kylkikipu tulkittiin tässä tutkimuksessa liittyvän selkäkipuihin paremman kategorian puutteessa. 8 tapausta luokiteltiin rytmihäiriöiden alle. Oireita olivat subjektiivinen tykytystunne, ohimennyt tai paraikaa tuntuva rytmihäiriötunne sekä huono olo tykytystuntemuksen lisäksi.

Yskää esiintyi 7 kertaa. Yskä-kategorian alle sijoitettiin kuumeettomat sekä kuumeiset ylähengitystieinfektiot sekä hengitystieoireet flunssaan liittyen. Vatsakipua oli myös seitsemässä tapauksessa. Tähän kategoriaan lisättiin ne tapaukset, joissa oksentelun ja/tai ripulin lisäksi oli vatsakipua. Oireina kuvattiin lisäksi alavatsakipua, ummetusta, pitkittynyttä ylävatsakipua sekä epämääräisiä vatsaoireita.

Kuudessa tapauksessa vaivana olivat nieluoireet, kurkkukipua, nielemisvaikeutta tai kalanruoto jäänyt kurkkuun.

Iho- ja haavat-kategorian alle ryhmittyi 5 yhteydenottoa, oireina esiintyivät mustelmat, ihottuma, haavasidosongelmat sekä haavat, joille ei ollut tarpeen tehdä toimenpiteitä. Ripuli ja oksentelu, maha-suolikanavan verenvuotoepäily-kategoriaan osui 5 tapausta. Osassa tapauksia oksentelu ja/tai ripuli liittyi vastikään aloitettuun antibioottihoidon. Tässä kategoriassa asiakkaat eivät valittaneet vatsakipua oksentelun ja ripulin lisäksi. Kategoriaan on lisäksi sisällytetty tapaukset, joissa oireena oli verenvuoto peräsuolesta.

Rintakipua esiintyi 4 kertaa, oirekuvina rintakehän kipua, pitkittynyttä kipua tai polttavaa tunnetta rinnalla/selässä/ylävatsalla. Verenpaineiden vuoksi päivystykseen hakeuduttiin 4 kertaa, oltiin huolestuneita kotona mitatuista kohonneista verenpaine-arvoista. Neljässä tapauksessa palveluohjattiin korvaoireiden vuoksi, oireina kipua korvassa, korvatulehdus, korvanlehdän tulehdus, sekä vierasesine korvassa. Vierasesine poistettiin hoidontarpeen arviossa ennen palveluohjausta.

Virtsaamisongelmia esiintyi aineistossa 3 kertaa, oireistoina olivat verivirtsaisuus, tihenyt virtsaamistarve sekä kirvely virtsatessa. Hengenahdistusta kokevia asiakkaita palveluohjattiin kolmessa tapauksessa, oireiden taustalla oli painon nousua ja astmaa/astmaepäilyä. Kuume-kategorian alle sopi 3 tapausta, näissä tapauksissa oli kyse joko uutena ilmenevästä tai pitkittyneestä kuumeilusta ilman liitännäisoireita.

Suun alueen vaivoja palveluohjattiin 2 tapausta, kyseessä oli hampaan lohkeamista tai tapaturmaista suun alueen satuttamista. Silmänsairauksia palveluohjattiin 2, kyseessä silmätulehduksiin viittaavia oireita. Näissä tapauksissa hoito oli jo aloitettu työterveyshuollon toimesta tai asiakas valitsi itse tulla päivystykseen seuraavana päivänä pitkän jonon vuoksi. Kahdessa tapauksessa tulossyynä oli huimaus, johon liittyi pahoinvointia tai pään aaltoilua. Niin ikään kahdesti tultiin tajunnan häiriöiden tai puolierojen vuoksi,

näissä tapauksissa oli ilmaantunut heikkoa oloa ja silmissä mustennut, toisin sanoen ohimennyt kollapsioire ilman kollapsia. Päänsärky-kategorian alle sijoittui 2 tapausta, vanhaan pään traumaan liittyvää, tai migreeniperäistä.

Alkoholin avokatkaisu-kategoriaa esiintyi kerran, samoin kuin hartiakipua, oireillen niskan/hartioiden kipuna. Mielenterveys-kategoriaan tuli yksi palveluohjaus, joka koski unettomuutta. Yksi palveluohjaus koski allergista reaktiota, urtikariaa, ja eräässä tapauksessa oireena oli imusolmukkeiden suurentuminen, sopien kategoriaan patit paiseet ja imusolmukkeet.

Työkaluun Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä (2015) sopimattomia tapauksia oli yhteensä 5. Kertaalleen kysyttiin verikoevas-
tauksia, ja eräässä tapauksessa pyydettiin tulostettavaksi potilastekstejä. Yhden kerran käytiin aiemmin tapahtuneen (ei akuuttihoidon piirissä olevan) neulanpistotapaturman vuoksi. Kertaalleen toivottiin reseptiä uusittavan, ja kertaalleen päivystykseen tultiin humalatilan vuoksi, ilman liitännäisoireita.

Seuraavalla sivulla on taulukko kategorioista.

Raajat	19
Selkäkipu	8
Rytmihäiriöt	8
Yskä	7
Vatsakipu	7
Nieluoireet	6
Iho- ja haavat	5
Ripuli ja oksentelu	5
Rintakipu	4
Verenpaineet	4
Korvaoireet	4
Virtsaongelmat	3
Hengenahdistus	3
Kuume	3
Suun alueen vaivat	2
Silmäsairaudet	2
Huimaus	2
Tajunnan häiriöt tai puolierot	2
Päänsärky	2
Alkoholin avokatkaisu	1
Hartiakipu	1
Mielenterveys	1
Allerginen reaktio	1
Patit, paiseet ja imusolmukkeet	1
Kategorioiden ulkopuoliset palveluohjaukset	5
Yhteensä	106

Taulukko 2 Kategoriat ja palveluohjauksien määrät aineistossa työkalun Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä (2015) mukaan.

Tutkimuskysymys

- ❖ Millaisia asiakasryhmiä palveluohjataan eniten?

Viisi eniten päivystyksestä muihin terveyspalveluihin palveluohjattua asiakasryhmää aineiston perusteella ovat raajojen vaivat, selkäkipu, rytmihäiriöt, yskä ja vatsakipu.

6.3 Palveluohjattujen saama ohjeistus ja palvelu

Aineisto on jaettu luokkiin palveluketjun mukaisesti, ja kerrottu kuinka monta kertaa luokka esiintyy aineistossa. Työkalussa Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä (2015) on valmiina 3 luokkaa, jotka ovat akuutti lääkärin vastaanotto, puolikiireellinen (1-3 vuorokautta) lääkärin vastaanotto, kiireetön lääkärin vastaanotto sekä hoitajan vastaanotto. Työkaluun lisäksi löytyneet luokat on perustettu sisällönanalyysin mukaan. Luokkajaossa keskityttiin tutkimuskysymyksen mukaisesti toteutuneisiin palveluihin ja ohjauksiin. Luokittelussa pyritään huomioimaan kaupungin palveluketjun kannalta tärkeimmät vaihtelut. Tässä analysoinnissa aineistossa on 105 palveluohjattua tapausta, sillä yksi tapaus jätettiin pois koska se ei koskenut hoidontarpeen arviota lainkaan, eikä vaatinut palveluohjausta.

Akuutti lääkärin vastaanotto	17
Puolikiireellinen (1-3 vrk) lääkäriaika	4
Hoitajan vastaanotto	11
Ei ottanut yhteyttä kaupungin palveluihin	55
Ohjattiin yhteispäivystyksen sisällä ja tapasi lääkärin päivystyksellisesti	9
Tarjottiin kiireetöntä aikaa	1
Otti yhteyttä terveysneuvontaan	1
Terveysasema ei tarjonnut tarvittavaa palvelua ensikontaktilla	3
Ohjattiin muualle	3
Erityistyöntekijä terveysasemalla	1
Yhteensä	105

Taulukko 3 Palveluohjattujen asiakkaiden saama ohjeistus ja palvelu luokittain.

Akuutti lääkärin vastaanotto esiintyi 17 kertaa. Näissä tapauksissa päivystyksen ohjaus oli pääsääntöisesti ”ohjattu terveysasemalle tai työterveyshuoltoon”. Ohjattiin asiakkaita myös jo aiemmin samana päivänä varatulle lääkärin akuuttiajalle, tai ensihoidon ohjeen mukaisesti hakeutumaan terveysasemalle. Terveysasemalle lisäksi saatettiin soittaa hoidontarpeen arviosta, ja puhelun perusteella ohjattiin asiakas terveysaseman päivystä-

välle lääkärille. Lääkärin akuutille vastaanotolle päädyttiin terveysasemalla myös hoitavastaanoton kautta. Asiakkaat ottivat terveysasemalle yhteyttä joko samana tai seuraavana päivänä päivystyskäynnistä.

Puolikiireellinen (1-3 vuorokautta) lääkäriaika-luokkaa esiintyi aineistossa 4 kertaa. Ohjauksena oli ”ohjattu terveysasemalle”. Saadut puolikiireelliset ajat olivat 1-2 vuorokautta, ja asiakkaat ottivat terveysasemaan yhteyttä aikaisintaan samana päivänä päivystyskäynnistä, ja pisimmillään kolmantena päivänä päivystyskäynnistä (alle 96 tuntia).

Hoitajan vastaanotto -luokkaa esiintyi 11 kertaa. Tässä luokassa on asiakastapaukset, jotka hoituivat 96 tunnin sisällä päivystyskäynnistä hoitajan vastaanotolla, puhelinkeskustelulla tai lääkärin konsultaatiolla. Ohjauksia päivystysteksteissä oli monia ”tarvittaessa uusi yhteys/arvio”, sekä ”ohjattu terveysasemalle”. Asiakkaat ottivat yhteyttä päivystyskäyntipäivänä tai viimeistään kolmantena päivänä päivystyskäynnistä (alle 96 tuntia).

Ei ottanut yhteyttä kaupungin palveluihin-luokkaa esiintyi 55 kertaa. Ohjauksiin kuuluivat ”tarvittaessa yhteys terveysasema/työterveyshuolto”, ”seuranta kotona” sekä ”tarvittaessa uusi yhteys päivystykseen”. Luokan ohjaukset olivat varsin laaja-alaiset, ohjattiin työterveyshuoltoon tai yksityiselle, johon asiakkaalla jo kontakti olemassa, tai oman paikkakunnan terveysasemalle. Tarjottiin myös mahdollisuutta mennä päivystävälle lääkärille, mutta asiakas valitsi olla jäämättä odottamaan, eikä tämän jälkeen ollut yhteydessä kaupungin palveluihin. Kun ohjattiin seuraamaan tilannetta kotona, ohjeistettiin monessa tapauksessa myös kotihoito-ohjeet. Tässä luokassa huomioitava, että tutkijalla ei näkyvyyttä aineiston suhteen yksityisille lääkäriasemille, HUS:iin, työterveyshuoltoon tai muille paikkakunnille.

Ohjattiin yhteispäivystyksen sisällä ja tapasi lääkärin päivystyksellisesti-luokkaa esiintyi 9 kertaa. Ohjauksia olivat ”ohjattu terveyskeskuspäivystykseen klo 8/16 jälkeen”, ”ohjattu sisätautien päivystykseen”, sekä ”ohjattu murtumakontrollipoliklinikalle”. Asiakkaista ohjattiin tarpeen tullen uudelleen ilmoittautumaan, kun terveyskeskuspäivystys aukeaa, ja välillä asiakkaat päättivät itse tulla uudelleen, kun jonoa on vähemmän. Sisätautipäivystykseen ohjattiin lääkäreitä konsultoiden tulemaan seuraavana päivänä. Asiakkaat ottivat yhteyttä uudelleen joko samana tai seuraavana päivänä.

Tarjottiin kiireetöntä aikaa -luokkaa esiintyi kerran, tällöin terveysasemalta tarjottiin asiakkaalle kiireetöntä aikaa, mutta asiakas ei aikaa ottanut.

Otti yhteyttä terveysneuvontaan-luokkaa esiintyi kerran aineistossa. Ohjaus oli ”ohjattu terveysasemalle”, mutta asiakas ei tarvinnut terveysasemakontaktia terveysneuvonnan yhteydenoton jälkeen.

Terveysasema ei tarjonnut tarvittavaa palvelua ensikontaktilla-luokkaa esiintyi aineistossa 3 kertaa. Eräässä tapauksessa kotikuntaa ei ollut Suomessa, ja suositeltiin olemaan yhteydessä työterveyshuoltoon, ja eräässä tapauksessa vastaanottokeskus-statuksen vuoksi ohjattiin yksityiselle lääkärille. Eräässä tapauksessa ohjattiin soittamaan akuuttilääkäriaikaa uudelleen seuraavana arkipäivänä.

Ohjattiin muualle-luokkaa esiintyi 3 kertaa, ohjauksia olivat ”ohjataan hammaspäivystykseen”, ”ohjataan lastenklinalle”, ja ”ohjataan vastaanottokeskukseen”. Kyseisissä tapauksissa kaupungin palveluihin ei oltu yhteydessä, tai selvittiin hoitajan vastaanotolla päivystyksellisesti.

Erityistyöntekijä terveysasemalla-luokkaa esiintyi kerran. Ohjaus oli terveysasemalle, ja asiakas meni psykiatrisen hoitajan akuuttivastaanotolle samana päivänä.

Tutkimuskysymys

- ❖ Ottaako asiakas yhteyttä terveysasemalle palveluohjauksen jälkeen (96 tunnin sisällä) ja pystyvätkö terveysasemat vastaamaan päivystyksen ohjauksen mukaisella palvelulla?

Terveysasemille otettiin yhteyttä 37 kertaa (35 % tapauksista) päivystyksen palveluohjauksen jälkeen, ja kolmessa tapauksessa terveysasema ei voinut tarjota tarvittavaa palvelua ensikontaktilla. Terveysasemat pystyivät pääsääntöisesti vastaamaan päivystyksen ohjauksen mukaisella palvelulla. Terveysasemat vastasivat asiakkaiden palvelutarpeeseen akuutilla lääkärin vastaanotolla, hoitajan vastaanotolla, puolikiireellisellä lääkärin vastaanotolla sekä erityistyöntekijän vastaanotolla.

7 Pohdinta

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen keskeisiä tuloksia pohtimalla mahdollisia syy-seuraussuhteita tuloksille. Käydään myös läpi tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä, sekä kehitysehdotuksia. Pohdintaa ja kehitysehdotuksia on ajateltu sekä päivystyksen että koko organisaation ja palveluketjun näkökulmasta.

7.1 Tulosten tarkastelu

35 % palveluohjatuista otti yhteyttä terveysasemalle päivystyskäynnin jälkeen. On mahdollista, että asiakkaat ovat palveluohjauksen jälkeen olleet yhteydessä työterveyshuoltoon, yksityiselle lääkäripuolelle, tai muiden kuntien terveysasemille. Tutkimuksella ei ole näkyvyyttä kaupungin palveluiden ulkopuolelle. Aineistossa oli myös paljon ohjeistuksia seurata tilannetta kotona kotihoito-ohjeineen ja ottamaan tarvittaessa uudelleen yhteyttä terveyspalveluihin, ja lienee mahdollista, että osassa tapauksia päivystyksestä saatu neuvonta ehkäisee tarvetta hakeutua terveysasemalle. Asiakkaille annettiin vastuuta seurata omaa terveydentilaa, ja tarvittaessa olosuhteiden muuttuessa ohjattiin hakeutumaan myös päivystykseen uudelleen.

Hoidontarpeen arviossa toteutettiin tehtäviä, jotka eivät liittyneet akuuttihoitoon tarpeen arvioon, kuten potilaspaperien tulostukset ja verikoevastausten tiedustelut. Nämä pyynnöt pyrittiin ammattihenkilön toimesta toteuttamaan, vaikka eivät varsinaisesti liity päivystyksen toimenkuvaan, pyrkien vastaamaan asiakkaan toiveisiin mahdollisuuksien rajoissa. Hoidontarpeen arvio vaatii palveluverkoston vahvaa tuntemusta, ja ymmärtämystä, miten ohjata asiakasta mihinkin kellonaikaan, jotta asiakkaan palveluketju olisi mahdollisimman sujuva.

Kyseisessä päivystyksessä hoidetaan yli 16-vuotiaita, joten alle 16-vuotiaat ohjataan kelloajasta riippuen joko lastenklinalle päivystysaikaan tai virka-aikana terveysasemalle, ellei terveydentila vaadi välitöntä hoitoa. Samoin hammashoito toteutetaan virka-ajan ulkopuolella hammaspäivystyksessä, ja virka-aikana keskitetyn ajanvarauksen kautta. Nämä ovat vain muutamia esimerkkejä palveluverkoston monimutkaisuudesta. Palveluverkosto on varsin pirstaleinen ja fyysisesti hajallaan, ja ammattihenkilön verkoston tuntemus on tällä hetkellä tärkeässä roolissa asiakaskeskeisyyttä ajatellen, ja yhden luukun taktiikkaa edistäen. Palveluverkoston pirstaleisuus edellyttää ammattihenkilöltä ajankäyttöä asiakaskeskeisimmän ratkaisun löytämiseen, näin laskien kustannustehokkuutta

ja mahdollisesti asiakastyytyvää, mikäli koetaan, että haluttua ja tarvittua palvelua ei saada ensikontaktilla.

Vuorovaikutus nousee keskeiseen asemaan palveluverkoston muutosten myötä. Asiakkaalle on tärkeää tuntea, että saa hyvää palvelua, ja emotionaalisen arvon mahdollisuudet ovatkin alihyödynnetyt asiakaskokemuksen parantamisessa (Löytänä - Korkiakoski 2014: 18-20, 174-178). Kun päivystys palveluojaa asiakkaan virka-ajan palveluihin, asiakkaalle voi tulla tunne, ettei saa palvelua, ja tämän vuoksi oikeanlainen vuorovaikutus on tärkeää kohtaamisissa, jotta päivystyksen palvelulupaus ”Päivystykseen voit luottaa” saadaan täytettyä (Laiho 2013: 53). Hoidontarpeen arvio on ammatillisesti ja vuorovaikutuksellisesti hyvin haastava työpiste, ja vuorovaikutuskoulutuksesta saattaisikin olla hyötyä sekä asiakaskokemuksen parantamiseksi, että ammattihenkilön työssä jaksamisen kannalta. Myönteinen asiakaskokemus heijastuu henkilöstöön myönteisesti, samoin kuin myönteinen henkilöstön kokemus heijastuu myönteisesti asiakkaisiin. Kielteinen asiakaskokemus taas kuormittaa henkilöstöä (Juuti 2015: 127, Löytänä - Korkiakoski 2014: 172-183).

Pääosassa tapauksia päivystykseen tultiin ensikontaktina, ja harvassa tapauksessa oli oltu muualle yhteydessä ennen päivystykseen tuloa. Asiakkaille vaikuttaisi olevan luontevaa tulla päivystykseen myös ei-kiireellisissä asioissa. Päivystyskäynnin jälkeen vain yhdessä tapauksessa oli oltu yhteydessä terveysneuvontaan. Oletettavasti päivystyksen ohjeistukset olivat selkeitä, sillä pääosalla asiakkaista ei ollut tarvetta soittaa neuvontapuhelimeen päivystyskäynnin jälkeen.

Aineistossa löytyi ohjeistukseen kuulumaton luokka, ohjataan päivystyksen sisällä. Eri vuorokaudenajat ja viikonloput pakottavat miettimään, miten on järkevintä ohjata asiakasta. Mikäli tiedetään, että terveysasema on sulkeutumassa tai viikonloppu lähestyy, ja vaiva ei voi odottaa seuraavaan arkipäivään, on asiakas keskeisintä ohjata asiakasta päivystyksen sisällä odottamaan terveyskeskuspäivystyksen avautumista. Terveyskeskuspäivystys on auki arkisin klo 16-22, sekä viikonloppuisin ja pyhinä klo 8-22. Sairaala-päivystys on auki ympäri vuorokauden. Toimintatavat siis vaihtelevat vuorokaudenajasta ja asiakkaan vaivasta riippuen, ja saattavat jo itsessään aiheuttaa hämmennystä sekä ammattihenkilöissä että asiakkaissa. Toimintamallien vakiointi on menetelmä, jolla pyritään vähentämään vaihtelua, ja vakioitua järjestelmää voidaan ohjata seuraamalla normaalitilanteesta poikkeavia tapahtumia (Modig – Åhlström 2013: 128–146). Hoidontarpeen arviota tehdään tietyn ohjeen mukaan ja ohje on helpottanut vakiointia. Ohjeistus

on yleispätevä sekä terveysasemille että päivystykseen. Lisäksi päivystyksessä on käytössä oma sisäiseen käyttöön tarkoitettu triageohje. Päivystyksessä saattaakin olla lisätarve ohjeiden jalkauttamisessa ja vakioinnin kehittämisessä, jotta tiedetään, kuinka toimia eri potilasryhmien kanssa eri aikoina yhden luukun taktiikkaa ja yhdenvertaisuutta edistäen, mutta silti suhteutettuna resursseihin ja asiakkaan hoidontarpeeseen. Päivystys tulee tulevaisuudessa toimimaan HUS:in alaisuudessa, ja integraation myötä ohjeistukset tulevat luultavasti jonkin verran muuttumaan. Tätä lienee syytä miettiä terveysasemien kanssa yhteistyössä.

Terveysasemat eivät kolmessa tapauksessa vastanneet asiakkaan palveluohjauksen jälkeiseen palvelutarpeeseen. Eräässä tapauksessa kotikuntaa ei ollut Suomessa. Mikäli asiakkaalla ei ole esittää hoito-oikeustodistusta, esimerkiksi kansainvälistä kelakorttia, tarvittaessa kelan kansainvälisten asioiden keskus selvittää, onko henkilöllä hoito-oikeutta Suomessa julkisessa terveydenhuollossa, mikäli kotikuntaa ei ole Suomessa (Ulkomailta tulevat potilaat 2017). Tässä tapauksessa asiakas ohjattiin olemaan yhteydessä omaan työterveyshuoltoon, ilmeisesti asiakkaalla ei ollut hoito-oikeutta Suomessa. Toisessa tapauksessa asiakkaalla oli vastaanottokeskuksen kortti, ja terveyspalvelut turvapaikanhakijoille järjestävät vastaanottokeskukset, jotka ostavat tarvittavat lisäpalvelut pääkaupunkiseudulla yksityiseltä (Pakolaiset ja turvapaikanhakijat 2017). Kyseinen asiakas ohjattiin yksityiselle lääkäriasemalle terveysasemalta. Kolmannessa tapauksessa ohjattiin soittamaan akuuttiaikaa seuraavana arkipäivänä, olisiko tässä tapauksessa voitu käyttää puolikiireellistä aikaa? Turvapaikanhakijoiden ja ulkomaalaisten tilanteen selvittely vie yllättävän paljon aikaa, ja mikäli ei ole kiireellisen hoidon tarvetta, tulisi selvittää jatkohoitopaikan ohjeistukset. Näissä tapauksissa päivystyksessä selvittämällä olisi voitu välttää asiakkaan ohjaamista edestakaisin, kuitenkin jatko-ohjeistukset saatiin terveysasemalta.

Hoidontarpeen arviosta soitettiin terveysasemalle ja asiakkaalle saatiin suoraan ohjeistukset mennä terveysasemalle päivystävälle lääkärille. Tällaista ohjetta ei suoraan ole hoidontarpeen arvion ohjeessa, vaan ensisijaisesti ohjeistetaan antamaan asiakkaalle terveysaseman yhteydenotonnumero tai varaamaan terveysaseman hoitajalle soittoaika potilastietojärjestelmän kautta Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä 2015: 10.) Soittoaikaa ei varattu lainkaan potilastietojärjestelmän kautta, vaan sen sijaan soitettiin terveysasemalle suoraan. Kyseinen toimintatapa vaikuttaa erittäin asiakaskeskeiseltä, sillä asiakas saa suoraan toimintaohjeet ja palvelun samana päivänä fyysisesti eri paikassa.

Terveysasemilla asiakkaita ohjattiin lähinnä hoitajalle/lääkärin akuuttiajalle, erityistyöntekijöille, kuten fysioterapeuteille ei ohjattu suoraan. Psykiatriselle hoitajalle ohjattiin eräässä tapauksessa. Erityistyöntekijöille suoraan ohjaamisen tilannetta on hyvä tarkistaa, ja tarvittaessa henkilökuntaa muistuttaa mahdollisuudesta. Tietenkin erityistyöntekijöille ohjaaminen on tarpeen katsoa asiakkaan oirekuvan mukaan. Puolikiireellisiä aikoja annettiin neljässä tapauksessa. Puolikiireelliset ajat ja erityistyöntekijöille suoraan ohjaaminen ovat varsin uusia asioita, ja onkin hyvä miettiä, onko näissä tilanteissa ja ajanvarauksissa kaikki olemassa oleva potentiaali käytössä. Kiireetöntä aikaa tarjottiin asiakkaalle kerran, mutta tätä ei haluttu, asiakas koki, että aika oli liian pitkällä. Asiakkailla oli vaihtelua yhteydenottoon terveysasemalle, yhteydenotot olivat joko samana päivänä tai tutkimuksen aikarajan loppupäässä, kolmantena päivänä.

Päivystyksen ohjeistuksissa käytetään paljon työterveyshuoltoa vaihtoehtona terveysasemalle. Mikäli hoito on aloitettu jo yksityisellä, ja ei päivystyksellistä, ohjeistetaan hoitoa jatkamaan samassa paikassa kuin se on aloitettu. Tällä pyritään hoidon jatkuvuuteen ja valinnanvapauden edistämiseen. Vastaanottokeskuksen statuksella muutamia palveluohjattiin virka-ajan palveluihin, hoito sovitusti yksityisellä tai vastaanottokeskuksen hoitajalla. Hoidon jatkuvuuden ja valinnanvapauden kannalta ohjeistus on hyvä, mutta mikäli Sote-uudistus ajaa perusterveydenhuollon kilpailutilanteeseen yksityisten kanssa, on hyvä miettiä, onko asiakkaita tarpeen ohjeistaa enemmän terveysasemille, ja onko palvelujen saatavuutta kehitettävä. Tästä näkökulmasta ajateltuna vain 35% palveluohjatuista otti yhteyttä terveysasemille, olisiko yhteydenottoprosenttia syytä tehostaa laajentamalla aukioloaikoja ja kehittämällä yhteydenottomahdollisuuksia terveysasemille? Joka tapauksessa asiakasnäkökulmasta ajateltuna laajennetut aukioloajat ja yhteydenottomahdollisuudet ovat tarpeen, ja ne ovat mainitut Helsingin Kaupungin Strategiaassa kehittämiskohteina (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021.)

Raajojen oireet olivat yleisimmin palveluohjattu asiakasryhmä, ja selkäkivut toiseksi yleisin. Raajojen vammoissa ja pitkittyneissä raaja- ja tukielinvaivoissa röntgen-kuvantaminen on monesti diagnostiikassa tärkeässä roolissa. Palveluohjauksissa on katsottu, että päivystyksellistä tarvetta hoidolle ei ole, mutta on mahdollista, että röntgen-kuvantamista tarvitaan myöhemmin, ja monilla terveysasemilla röntgen-kuvantaminen ei ole fyysisesti samassa rakennuksessa. Yhden luukun taktiikan vuoksi onkin syytä miettiä, olisiko rönt-

gen-kuvantamisesta lisäetua asiakaskokemuksen näkökulmasta, mikäli röntgen-kuvantamista olisi perusterveydenhuollon piirissä fyysisesti samassa paikassa kuin lääkäri. Helsingissä palveluverkostoa uudelleenorganisoidaan paraikaa, ja palveluista tehdään asiakaskeskeisempiä, joten tarvittavat resurssit ovat myös tärkeä mietinnän aihe, ja ajatellaanko resurssitehokkuuden- vai virtaustehokkuuden näkökulmasta (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021). Lisäresurssit lisäävät kapasiteettia ja vähentävät jaksoaikaa, ja jonojen muodostumista voidaan ehkäistä karsimalla keskeneräiset asiakaskontaktit. Mikäli keskitytään vain resurssitehokkuuteen, virtaustehokkuus laskee. Asiakasnäkökulmasta palvelun oikea-aikainen saatavuus ja yhden luukun taktiikka ovat arvoa lisääviä tekijöitä (Modig – Åhlström 2013: 45-46.)

Aineistossa ei havaittu asiakkaiden terveydentilan vaarantuneen palveluohjauksen vuoksi, ja mikäli oirekuva muuttui tai paheni, asiakkaat palasivat tarvittaessa päivystykseen. Onkin hyvä miettiä, voidaanko asiakkaita tulevaisuudessa palveluohjata vielä tehokkaammin virka-ajan palveluihin terveydentilan vaarantumatta. Lienee myös hyvä miettiä tarvetta viestiä kiireellisen ja kiireettömän hoidon eroista asiakkaille erilaisissa kanavissa, tällä saatettaisiin vähentää päivystyksen tekemien palveluohjauksien tarvetta. Asiakkaiden odotukset vaikuttavat kokemukseen palvelusta, joko he ovat tyytyväisiä tai tyytymättömiä. Yleisesti haasteena luottamuksen ansaitsemiseen voidaan todeta mahdollinen ristiriita toimintatapojen tai palvelulupauksen toteutumisessa suhteessa asiakkaiden odotuksiin (Juuti 2015: 111, 127; Löytänä - Korkiakoski 2014: 172-183.) Mikäli viestinnällä saataisiin asiakkaiden odotukset vastaamaan tarjontaa, luultavasti asiakaskokemus paranisi, samoin kuin henkilöstön hyvinvointi.

Kokonaisuudessaan aineistossa ei havaittu asiakkaiden terveydentilan vaarantuneen palveluohjauksen vuoksi, ja palveluketju päivystyksen ja terveysasemien välillä on toimiva. Asiakkaille annettiin vastuuta omasta hoidosta, ja mikäli seuranta ja kotihoito eivät olleet riittäviä, ohjeistettiin tarvittaessa palaamaan päivystykseen. Päivystykseen palattiin erittäin harvoin.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on alettu viime aikoina hyödyntämään potilasdokumentteja ja rekistereitä tutkimusaineistona. Eettisenä haasteena on asiakkaiden tietä-

mättömyys tutkimukseen osallistumisesta. Tällaisissa tapauksissa arvio tietojen luovuttamisesta jää tutkimusluvan myöntäjälle (Kankkunen, Julkunen-Vehviläinen 2013: 220-221.)

Henkilötietolain 8§ 1 momentin perusteella tieteellisessä tutkimuksessa saa käyttää henkilötietoja, mikäli kaikki 1 momentin kohdat täyttyvät. Lisäksi henkilötietolain 24§ rekisteröityjä ei tarvitse informoida tietojen käsittelystä, kun tiedot kerätään muualta kuin henkilöltä itseltään ja tietojen keräämisestä, tallettamisesta ja luovuttamisesta on nimenomaisesti säädetty (Rekisteritutkimuksen tukikeskus.)

Tutkimuslupahakemuksen lisäksi tehtiin tutkimussuunnitelma ja rekisteriseloste, josta käy ilmi rekisterin tarkoitus, kuinka rekisterin salassapito on suunniteltu, ja kuinka tieteellisen tutkimuksen rekisteri hävitetään turvallisesti tutkimuksen päätyttyä (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2014). Tutkimuslupa saatiin organisaatiolta vuoden 2016 loppupuolella ja potilastekstit käytiin läpi kevään 2017 aikana.

Tutkija tutki tiedot yksin, ja julkaistavassa tutkimuksessa on huolehdittu, että tutkittavien anonymiteetti on säilytetty täysin. Aineiston keräämistavan vuoksi asiakkaita ei ole informoitu tutkimukseen osallistumisesta, ja henkilötietojen tallettamisesta ja luovuttamisesta on sovittu erikseen rekisteriselosteessa. Henkilötietoja koskeva aineisto on säilytetty työyksikössä lukon takana, ja analysoitavassa aineistossa ei enää ole ollut salassa pidettäviä henkilötietoja koodausvaiheessa. Aineisto hävitettiin tutkimuksen valmistuttua tietosuojaa-astiaan.

Tutkija on tekemisissä arkaluontoisten asiakastietojen kanssa myös työssään, joten salassapitovelvollisuus on selviö. Tutkimuksessa on noudatettu hyvää eettistä ja luotettavaa toimintatapaa hyvien tieteen käytäntöjen mukaisesti. Lopullisissa tutkimustuloksissa ei käytetä suoria arkaluontoisia lainauksia potilastiedoista, vaan tulokset lausutaan numeroiden ja kategorioiden avulla, sekä yleisellä tasolla kuvaten ilmiötä. Aineiston henkilöitä ei voi tunnistaa lopullisesta julkaistusta tutkimuksesta.

Laadullisen tutkimuksen yleisinä luotettavuuskriteereinä pidetään vahvistettavuutta, arvioitavuutta/dokumentaatiota, tulokinnan ristiriidattomuutta, luotettavuutta tutkitun kanalta, siirrettävyyttä, sekä saturaatiota eli kylläntymistä. (Kananen 2014: 151-153; Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 197-198).

Luotettavuutta on pyritty lisäämään kuvaamalla sekä analysointivaihe että tulokset hyvin selkeästi. Samoin tutkimuksen siirrettävyys on tehty mahdolliseksi selkeällä tutkimusprosessin kuvauksella. Tutkija on tehnyt hoidontarpeen arviota paljon ja työväline on tuttu, lisäten asiantuntijan näkökulmaa tulosten tulkintaan. Tulkinta pyritään pitämään ristiriidattomana miettimällä tuloksia ja niiden taustalla olevia vaihtoehtoja objektiivisesti eri näkökulmista.

Aineistossa saattaa olla puutteita, mikäli ammattihenkilöt eivät ole antaneet kaikkia palveluohjauksia rekisteriin, kuitenkin aineiston tulisi laajuudeltaan antaa kuvaa palveluketjun toimivuudesta pääperiaatteiltaan. Hoitotekstejä läpikäydessä näkyvyyttä yksityiselle lääkäripuolelle, työterveyshuoltoon, muihin kuntiin, tai HUS:iin ei ole, näin ollen vähentäen luotettavuutta ja rajaten tutkimuksen kaupungin palveluihin. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata ilmiötä, eikä se näin ollen pysty antamaan tilastollisesti luotettavaa tietoa. Opinnäytetyö on tarkistettu Turnit-järjestelmässä, joka varmistaa, ettei työtä ole plagioitu, ja että se on alkuperäinen.

7.3 Tulosten hyödynnettävyys ja kehittämismahdollisuudet

Opinnäytetyöstä pidetään osastotunti päivystyspisteessä ja esitetään henkilökunnalle. Ylemmän johdon nähtävissä opinnäytetyö on theseus-tietokannassa. Osastotunnille tehdään powerpoint-esitys opinnäytetyön tärkeimmistä löydöksistä ja kehitysehdotuksista.

Tuloksia voi hyödyntää palvelumuotoilun tiedonkeruuvaiheessa, sekä muutoin tutkittaessa asiakasnäkökulmaa ja palvelupolkua. Blueprint-mallia voi käyttää uusien palvelutuotteiden kehittämistyökaluna, olemassa olevien palveluiden kuvaamisessa, sekä olemassa olevien palveluiden korjaamisvälineenä (Tuulaniemi 2011: 210). Rekisteritutkimus antaa laajasti mahdollisuuksia eri näkökulmien havainnointiin ja tutkimiseen palvelumuotoilussa. Potilastietojärjestelmän uudistuksen jälkeen (Apotti) asiakkaan palvelupolun seuraaminen laajemmalti helpottuu, kunhan rekisteritutkimuksessa muistetaan noudattaa eettistä tutkimustapaa.

Päivystyksen palveluohjauksien näkökulmasta paradoksina on tällä hetkellä lakien ja päivystyksen resurssien velvoittama ohjaus virka-ajan palveluihin, sekä kaupungin strategian mukainen yhden luukun taktiikka ja asiakaskeskeisyys. Päivystyksen tekemiä palveluohjauksia olisi hyvä saada vähennettyä tehostamalla virka-ajan palveluiden saata-

vuutta, sekä viestimällä palveluverkoston muutoksista asiakkaille, jotta odotukset päivystysluontoisesta hoidosta olisivat tarjonnan kanssa tasapainossa. Palveluohjaamisen ja viestinnän tarve tulevat luultavasti lisääntymään sote-uudistuksen myötä erityisesti perusterveydenhuollon puolella, kun valinnanvapaus kasvaa ja palveluita hankitaan useammasta paikasta. Palveluohjauksen tarpeen lisääntymiseen onkin syytä varautua muutosten aikana.

Eräs tapa ohjata asiakkaita enemmän terveysasemille on hintaerottelut terveysasemien palveluiden ja päivystyspalveluiden välillä. Tuulaniemi (2011: 281) ehdottaa, että kunta-palvelutkin voisivat kenties tarjota lisäpalveluita ja lisäarvoa lisämaksusta. Samoin hinnoittelulla voidaan välillisesti ohjata asiakkaita ensisijaisesti ennakoimaan terveystarpeitaan, jotta tarvetta päivystykselliseen hoitoon ei syntyisi. Terveysasemien palvelut ovat tällä erää maksuttomia, ja terveyskeskuspäivystyksessä lääkärin tapaaminen on maksullista mutta hoitajavastaanotto ilmaista (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021; Potilasmaksut 1.2.2016 lähtien). Hus-integraation tullessa myös hoitajakäynnit muuttuvat ilmeisesti maksullisiksi, ainakin tällä hetkellä se on Hus:in linja (Potilas- ja asiakirjamaksut 1.1.2016). Onkin mietittävä, voidaanko myös hoitajavastaanotot muuttaa maksullisiksi, ja pidetäänkö päivystysmaksut ennallaan vai tehdäänkö niihin muutoksia. Hint erot voivat ohjata asiakkaita herkemmin hakeutumaan terveysasemalle kuin päivystykseen, mutta toteuttavatko ne palveluiden saatavuuden yhdenvertaisuutta heikompituloisten väestöryhmien näkökulmasta? Terveyspalveluita paljon tarvitseville on tällä hetkellä toki olemassa maksukatto, ja päivystysmaksu kuuluu maksukaton piiriin (Potilasmaksut 1.2.2016 lähtien).

Hoidontarpeen arvion perehdytystä olisi hyvä vakioda entisestään, ja sen tehostamiseksi ehdotetaan työryhmän perustamista. Työryhmä kehittäisi päivystykselle ohjeen ja mallin hoidontarpeen arvion perehdytykseen, pelkät nykyiset ohjeet eivät vaikuta riittävältä terveyskeskuspäivystyksen ja sairaalapäivystyksen aukioloaikojen vaihtelussa ja palveluiden muutospyörteessä. Hus-integraation myötä ohjeet saattavat jonkin verran muuttua, ja toimintatapoja on hyvä yhtenäistää jo ennakoiden. Perehdytyksessä on hyvä käydä läpi myös organisaation arvoja ja vuorovaikutusnäkökulmaa asiakaskokemusta ajatellen, sekä henkilökunnan jaksamista edistäen. Työryhmä olisi vastuussa jatkuvasta kehittämisestä, ja laaduntarkkailusta esimerkiksi asiakaspalautteen ja säännöllisten ryhmäkeskustelujen kautta. Samoin työryhmä ottaisi vastuun työpisteeseen perehdytettävistä, näin perehdytystä saadaan vakioitua. Työryhmän olisi hyvä koostua muun muassa

hoitajavastaanoton, terveyskeskuspäivystyksen, ja hoidontarpeen arvion työpisteissä työskentelevistä ammattihenkilöistä.

Verkostoitumista terveysasemien kanssa on hyvä tehostaa, ja terveysasemien on hyvä myös vakioda hoidontarpeen arvion perehdytyksen jalkauttamista yhtenäisesti. Palveluverkoston muuttuessa ja kehittyessä verkostoituminen tulee olemaan tärkeässä roolissa, jotta saadaan eri yksiköiden toiminnot vastaamaan asiakastarpeisiin ja resurssit kohdistettua kustannustehokkaasti. Työkierron mahdollisuutta eri yksiköiden välillä on hyvä kehittää, tietoa ja uutta näkemystä saadaan tätä kautta lisättyä eri pisteisiin.

Palveluketjun onnistumisessa vaaditaan monen asian hallintaa samanaikaisesti, ja pulonkauloja ilmaantuu aina uusiin kotiin, joten vaaditaan jatkuvaa prosessinomaista kehittämistä. Jokaisen yksikön prosessit tulisivat olla tehokkaita ja resurssit riittäviä, esimerkiksi Lean-johtamisfilosofian periaatteina ovat hukan vähentäminen ja virtaustehokkuuden lisääminen. Palveluita suunniteltaessa voidaan hyödyntää palvelumuotoilua, tai palkata palvelumuotoilun ammattilainen. Yhden luukun taktiikkaa voidaan edistää kohdentamalla kaikki peruspalveluihin tarvittavat resurssit saman katon alle. Uusia palveluita jalkautettaessa ja nykyisiä toimintoja kehittäessä tulee huomioida henkilöstöjohtamisen näkökulmasta asiakaskeskeisyyteen johtaminen ja vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Asiakaskokemuksen parantamisella ja toimintojen sujuvuudella on työhyvinvointia parantavia vaikutuksia, ja motivoitunut ja innostunut henkilökunta tuo itsessään säästöjä pidemmällä aikavälillä.

Lähteet

Elo, Satu – Kyngäs, Helvi 2007. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1). 107-115.

Juuti, Pauli 2015. Johda henkilöstö asiakaskeskeisyyteen. Juva: PS-kustannus.

Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kantonen, Jarmo 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Verkkodokumentti. <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1>>. Luettu 5.10.2016.

Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä. 2015. Terveysportti, Lääkärin tietokannat. Verkkodokumentti. Hakukenttä triage, hoitoketjut → Kiireellisen hoidon tarpeen arviointi aikuispotilailla (yli 16-vuotiailla) Helsingissä.

Laiho, Mia 2013. Palvelukulttuuri uudistuvassa Malmin päivystyksessä – Miten huomioida asiakaslähtöisyys uuden sairaalan toiminnan suunnittelussa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA 5 kehittämistyö. Tampereen yliopisto.

Lean ja tehokkuusmatriisi. Webrosensor. Verkkodokumentti. <<http://www.webrosensor.fi/blogi/lean-ja-tehokkuusmatriisi/>>. Luettu 23.8.2017.

Löytänä, Janne – Korkiakoski, Kari 2014. Asiakkaan aikakausi: rohkeus + rakkaus = raha. Viro: Talentum Media Oy.

Maailman toimivin kaupunki – Helsingin Kaupunkistrategia 2017-2021. Helsingin Kaupunki. Verkkodokumentti. <<https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/kaupunkistrategia/strategia-ehdotus/>>. Luettu 12.10.2017.

Modig, Niklas – Åhlström Pär 2013. Tätä on Lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tillman, Maarit (suom.). Halmstad: Rheologica Publishing.

Pakolais- ja turvapaikanhakijat 2017. Hoitopaikanvalinta.fi. Verkkodokumentti. <<https://www.hoitopaikanvalinta.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/oikeutesi-hoitoon-suomessa/pakolaiset-ja-turvapaikanhakijat/>>. Luettu 23.10.2017.

Potilas- ja asiakirjamaksut 1.1.2016. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/potilaalle/potilasmaksut/potilaslaskutus/Sivut/Potilas--ja-asiakirjamaksut-1.1.2012-alkaen.aspx>> Luettu 23.10.2017.

Potilasmaksut 1.2.2016 lähtien. Helsingin Kaupunki. Verkkodokumentti. <<https://www.hel.fi/sote/fi/palvelut/maksut/potilasmaksut>>. Luettu 23.10.2017.

Raivio, Risto – Holmberg-Marttila, Doris – Mattila, Kari 2015. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa on tahdon asia. Suomen Lääkärilehti 70 (39). 2521-2527d.

Rekisteritutkimuksen tukikeskus. ReTki. Suostumuksen tarpeellisuus. Verkkodokumentti. <<https://rekisteritutkimus.wordpress.com/luvat-ja-tietosuoja/suostumuksen-tarpeellisuus/>>. Luettu 28.9.2017.

Santalainen, Timo 2008. Strateginen ajattelu. Helsinki: Talentum Media Oy. 2., tarkistettun painoksen lisäpainos.

Seppänen, Anne 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. Suomen lääkäri 68 (18). 1318-1320.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 652/2013. Annettu Helsingissä 29.8.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4 Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet – Työryhmän raportti. Annettu Helsingissä 25.1.2010.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Voimaantulo 1.5.2011.

Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste. 2014. Tietosuojavaltuutetun toimisto. Verkko-dokumentti, word-muodossa. <<http://www.tietosuoja.fi/fi/index/materiaalia/lomakkeet/rekisteri-jatietosuojaselosteet.html>>. Luettu 31.10.2016.

Torppa, Martina A. – Kokkonen, Anne – Raumavirta-Koivisto, Satu – Iivanainen, Antti A. T. – Pitkälä, Kaisu H. 2009. Päivystyspotilaiden hoitoon ohjautuminen ja hoidon tarkoituksenmukaisuus terveysasemalla päiväsaikaan. Suomen Lääkärilehti 64 (17). 1583-1588.

Tuulaniemi, Juha 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Talentum Media Oy.

Ulkomailta tulevat potilaat 2017. Hoitopaikanvalinta.fi. Verkkodokumentti. <<https://www.hoitopaikanvalinta.fi/terveydenhuollon-tyontekijoille/ulkomailta-tulevat-potilaat/>> Luettu 23.10.2017.

Välikangas, Katariina 2007. Yksityisen sektorin innovatiivisten toimintamallien soveltamismahdollisuudet kuntapalvelujen tuotannossa. Helsinki: Sitra. Luettu pdf-dokumentina.